RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE
SANTÉ PUBLIQUE

PAR

plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie

Vers une action renouvelée en santé publique

Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie

PLAN D'ACTION RÉGIONAL

2004-2007

Décembre 2003

106-04646/

Le plan d'action régional 2004-2007 « *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie* » a été élaboré par la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Sous la direction de

Richard Côté
directeur de santé publique par intérim

En collaboration avec

le Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie

Coordination des travaux

Ginette Lafontaine
adjointe par intérim, gestion des programmes

Paul Berger
chargé de projet

Comité de rédaction de la Direction de santé publique

Ginette Lafontaine
adjointe par intérim, gestion des programmes

Caroline Marier
agente de planification et de programmation sociosanitaire

Catherine Risi
médecin conseil

Mise en page

Carole Gagnon

Louise Marchitello

Révision des textes

Louise Desnoyers

Hélène Giroux

Ginette Lafontaine

Conception et réalisation de la page couverture

Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion

Marie-Josée Guilbault

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source
Ce document est disponible sur le site Internet : **http://www.rrsss16.gouv.qc.ca**

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les hommes que les femmes.

SANTECOM (htpp://www.santecom.qc.ca) :
COTE I6,2003-026

ISBN : 2-89342-273-X
Dépôt légal, 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce document n'aurait pu se réaliser sans l'implication de nombreux collaborateurs.

D'abord, les directeurs des CLSC de la Montérégie qui ont soutenu le processus d'élaboration de ce plan d'action tout au long des différentes étapes, et plus particulièrement les membres du sous-comité du Comité directeur de concertation et de coordination en santé publique CLSC-DSP, soit messieurs Denis Blanchard, directeur général du CLSC-CHSLD des Maskoutains, Guy Dufresne, directeur général du CLSC La Presqu'Ile et Luc Deslauriers, coordonnateur de la section CLSC du Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie. Ils ont démontré un grand intérêt pour ces travaux et ont eu le souci que ce document facilite l'élaboration future des plans d'action locaux.

Le groupe de travail de coordonnateurs composé de coordonnatrices ou chefs de programmes de CLSC, soit Hélène Dubois du CLSC du Richelieu, Louise Favreau du CLSC et CHSLD de la Pommeraie, Chantal Gariepy du CLSC-CHSLD des Patriotes et Ghislaine Lehmann du CLSC des Seigneuries ainsi que de coordonnateurs de la Direction de santé publique, soit Paul Berger, Ginette Lafontaine et Yolaine Rioux. Les représentantes des CLSC ont mis à contribution leur expérience afin de nous assurer que les résultats attendus inscrits soient réalistes et que le contenu du document facilite la prochaine étape d'élaboration des plans d'action locaux.

Les différents professionnels de la Direction de santé publique qui ont fourni les informations nécessaires à l'élaboration du contenu dans le cadre de leur champ d'expertise, et plus particulièrement, Carmen Bellerose et Manon Blackburn qui ont recueilli la plupart des données statistiques que nous retrouvons dans le portrait de santé et dans chacune des cibles d'action, ainsi que Suzanne Auger, Claire Brault, Sylvie Cantin, Anne-Marie Clouâtre, Joanne Emond, Hélène Gagnon, Elisabeth Lajoie, Claudine Léonard, Elisabeth Masson, François Milord et Serge Moisan qui ont participé au groupe de travail interne de professionnels. Tous ont offert une grande disponibilité et rigueur dans ces travaux.

Les coordonnateurs de la Direction de santé publique qui ont grandement facilité les travaux et fait en sorte que cet exercice s'inscrive en priorité dans les agendas de chacun.

Les représentants des regroupements régionaux d'organismes communautaires soit la Table régionale des organismes communautaires de la Montérégie, le Regroupement des organismes communautaires familles de la Montérégie, le Regroupement des centres d'action bénévole, le Regroupement des organismes en santé mentale et le Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels qui ont participé à une rencontre d'échanges portant sur le contenu de la première version de consultation du plan d'action régional et ainsi permis de bonifier le document.

Les professionnels, coordonnateurs et directeurs des CLSC de la Montérégie qui ont aussi participé à une journée d'échanges sur le contenu de la première version de consultation du document et commenté chacun des résultats attendus des cibles d'action afin d'en améliorer la faisabilité et de bien cerner la contribution attendue de la part des CLSC.

Le Département régional de médecine générale qui a discuté à trois reprises de ce document lors de rencontres de son exécutif et qui a produit un avis écrit sur ce sujet.

Les membres du Forum de la population ainsi que les membres de la commission infirmière régionale, de la commission multidisciplinaire régionale et de la commission médicale régionale qui ont respectivement participé à une rencontre de discussion sur le contenu du document. Chacun de ces groupes a produit un avis à l'intention du conseil d'administration.

Les différents groupes de partenaires qui ont participé à une rencontre d'échanges spécifiquement organisée pour chacun d'entre eux afin de discuter du contenu du document et de s'assurer que leurs préoccupations se reflètent dans les résultats et les contributions attendus inscrits en lien avec leur champ d'action particulier, et ce, en tenant compte du contexte d'élaboration de ce plan d'action :

- des représentants des centres hospitaliers;
- des représentants des centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- des représentants du milieu de la petite enfance (MESSF, RCPEM);
- des représentants du milieu scolaire, incluant les centres d'éducation aux adultes, les centres de formation professionnelle et les cégeps;
- des représentants des centres jeunesse;
- des représentants régionaux d'associations professionnelles et de l'Ordre des pharmaciens;
- les préfets des municipalités régionales de comtés;
- des représentants de la Table régionale des aînés de la Montérégie, qui ont déposé un avis écrit;
- la commission de développement social du Conseil régional de développement de la Montérégie, qui a aussi déposé un avis écrit.

Enfin, la Commission de la santé et de la sécurité du travail qui a été consultée sur les activités en milieu de travail prévues dans le présent document comme le stipule l'article 18 de la *Loi sur la santé publique*.

Tous ces échanges ont permis de bonifier le document. Nous exprimons toute notre reconnaissance aux personnes qui ont accordé de leur temps à ces discussions.

PAR
plan d'action régional

MOT DU DIRECTEUR

Une ère de changements s'est amorcée en santé publique en Montérégie et au Québec depuis l'adoption de notre *Programme régional de santé publique 1996-2002*. D'abord, la *Loi sur la santé publique* adoptée en 2001 a précisé le rôle des acteurs, en particulier le rôle des directeurs de santé publique, aux niveaux national et régional, ainsi que le rôle des centres locaux de services communautaires, au niveau local. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* est venu quant à lui identifier les priorités sur lesquelles devaient porter les efforts concertés des intervenants de santé publique et de leurs partenaires pour les dix prochaines années.

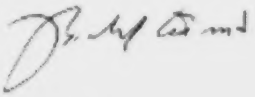
Des événements ont également mis la santé publique à l'ordre du jour des gouvernements canadien et québécois dont la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) du printemps 2003 ainsi que certains phénomènes particuliers, entre autres, l'augmentation de l'obésité chez les enfants et les adultes, le visage changeant de la pauvreté, l'effet du vieillissement accéléré de la population du Québec et de la Montérégie. Ce contexte nous invite d'autant plus à revoir notre programmation de santé publique aux niveaux local et régional.

Comme nous sommes à la veille d'une importante réforme de l'organisation des services de santé et des services sociaux, la révision de la programmation régionale et locale de santé publique en Montérégie, que propose ce plan d'action régional, apparaît plus qu'essentielle afin que l'offre de service de santé publique puisse être facilement identifiable pour toutes les parties intéressées aux modalités de réorganisation.

La mise en application de ce plan commandera, non seulement des développements d'ordres financier et organisationnel, mais également des développements importants au niveau de la formation et de l'habilitation des ressources humaines du réseau qui seront appelées à mettre en œuvre les différentes interventions retenues autour de chaque cible d'action. Une mobilisation de la part des CLSC et de leurs partenaires sera un élément primordial pour assurer l'atteinte des résultats des plans d'action locaux mais aussi du plan d'action régional.

Enfin, je termine en soulignant que ce plan d'action est en fait plus qu'un simple document de planification, mais aussi le produit d'une démarche importante de consultation et d'appropriation qui a permis aux établissements, organismes et partenaires régionaux intéressés par la santé publique de bien préciser leur contribution aux actions de santé publique en Montérégie pour les trois prochaines années.

Le directeur par intérim,



Richard Côté
M.D., FRCPC

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CÉSP	Comité d'éthique de santé publique
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CRDM	Conseil régional de développement de la Montérégie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMSL	Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MENV	Ministère de l'Environnement
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNFP	Ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCPEM	Regroupement des Centres de la petite enfance de la Montérégie
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SHQ	Société d'habitation du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 14

1. LE CONTEXTE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 16

2. LE PORTRAIT DE LA POPULATION MONTÉRÉGIENNE 20

3. DU PROGRAMME NATIONAL AU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 30

3.1 Les cibles d'action transversales 32

3.2 Les cibles d'action en promotion et en prévention pour chaque cycle de vie 42

3.2.1 Petite enfance (moins de 5 ans) 44

3.2.2 Enfance-jeunesse (5 à 17 ans) 54

3.2.3 Adultes (18 à 64 ans) 78

3.2.4 Personnes âgées (65 ans et plus) 102

3.3 Les cibles d'action en protection de la santé 114

3.3.1 Les maladies transmissibles 116

3.3.2 La santé environnementale 130

3.3.3 La santé en milieu de travail 148

3.4 Les menaces à la santé et le plan de mobilisation 158

3.5 Le plan de surveillance continue de l'état de santé de la population 160

3.6 La recherche et l'innovation 162

3.7 L'évaluation du plan d'action régional 164

4. LES CONDITIONS DE RÉALISATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL 166

RÉFÉRENCES 170

ANNEXE 1
Objectifs du Programme national de santé publique 180

ANNEXE 2
Contribution des cibles d'action du plan d'action régional à l'atteinte des objectifs du Programme national de santé publique 184

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1
Taux ajustés d'incidence du cancer, Montérégie, Québec, 1994-1998 25

TABLEAU 2
Espérance de vie, Montérégie, 1987-1998 26

TABLEAU 3
Taux ajustés d'incidence du cancer du poumon selon le sexe, Montérégie, 1985, 1990, 1995, 2000 28

TABLEAU 4
Nombre de cas déclarés pour certaines maladies à déclaration obligatoire (MADO), Montérégie, 2001 et 2002 28

TABLEAU 5
Les fondements du *Programme national de santé publique* 30

TABLEAU 6
Les pratiques cliniques préventives (PCP) inscrites dans le PNSP en lien avec les cycles de vie et les cibles d'action du PAR 40

TABLEAU 7
L'intervention globale et concertée en milieu scolaire 56

TABLEAU 8
Les secteurs d'activité économique des trois premiers groupes prioritaires définis par la CSST 150

TABLEAU 9
Intoxications chimiques professionnelles ayant fait l'objet d'une déclaration en Montérégie en 2002 156

TABLEAU 10
Budget annuel récurrent de santé publique disponible en Montérégie en 2001-2002 et estimation du budget annuel récurrent supplémentaire nécessaire pour la réalisation du PAR 2004-2007 169

LISTE DES CARTES ET FIGURES

CARTE 1
Population projetée par territoire de CLSC, 2001 21

CARTE 2
Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu par municipalité, CLSC de la Montérégie, 1995 22

FIGURE A
Le continuum santé-maladie 14

FIGURE B
Exemples de disparités sous-régionales en Montérégie 27

FIGURE C
Proportion de la population percevant son état de santé comme moyen ou mauvais selon le niveau de revenu, Montérégie, 1998 27

PAR
plan d'action régional

SYNTHÈSE DES CIBLES D'ACTION

TRANSVERSALES

1. Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés
2. Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

PETITE ENFANCE

1. Favoriser le développement optimal des enfants vivant dans des familles vulnérables
2. Promouvoir l'allaitement maternel et une saine alimentation
3. Prévenir les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile
4. Prévenir les maladies évitables par l'immunisation

ENFANCE-JEUNESSE

1. Promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et prévenir différents problèmes par une intervention globale et concertée en milieu scolaire
2. Favoriser le développement des habiletés personnelles et sociales des enfants, particulièrement ceux de milieux défavorisés
3. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide
4. Prévenir les infections transmissibles sexuellement, le VIH-sida et le virus de l'hépatite C, particulièrement auprès des adolescents vulnérables
5. Prévenir les grossesses à l'adolescence
6. Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques
7. Prévenir la carie dentaire chez les jeunes de 5 à 15 ans
8. Prévenir les traumatismes routiers, récréatifs ou sportifs
9. Prévenir les maladies évitables par l'immunisation

ADULTES

1. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide
2. Prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues
3. Prévenir la violence conjugale et les agressions sexuelles
4. Prévenir les infections transmissibles sexuellement, le VIH-sida et le virus de l'hépatite C, particulièrement auprès des adultes vulnérables
5. Prévenir les grossesses non désirées chez les jeunes adultes
6. Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques
7. Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 64 ans
8. Améliorer la santé buccodentaire de la population montérégienne
9. Prévenir les traumatismes routiers
10. Prévenir les maladies évitables par l'immunisation

PERSONNES ÂGÉES

1. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide
2. Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques
3. Prévenir les chutes
4. Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 65 à 69 ans
5. Prévenir les maladies évitables par l'immunisation

MALADIES TRANSMISSIBLES

1. Assurer la surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire, des signalements de menaces biologiques réelles ou appréhendées et des manifestations cliniques inhabituelles à la suite de l'administration d'un vaccin
2. Prévenir les infections à bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques
3. Prévenir les maladies transmissibles en émergence telles que l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental et la rage
4. Prévenir la transmission des infections transmissibles sexuellement ou par le sang
5. Prévenir la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH et traiter les personnes infectées
6. Mettre en place un système d'information vaccinale et d'assurance de la qualité des produits immunisants

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

1. Diminuer les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique
2. Diminuer les problèmes de santé liés à l'herbe à poux
3. Diminuer les problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur
4. Réduire l'exposition à des produits cancérigènes dans l'environnement (radon domiciliaire, amiante et rayons ultraviolets)
5. Prévenir les éclosions et les intoxications reliées à l'eau
6. Prévenir la survenue de maladies d'origine environnementale
7. Protéger la population relativement aux intoxications d'origine environnementale et aux menaces réelles ou appréhendées

SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

1. Contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé des travailleurs dans tous les établissements priorisés par règlement
2. Contribuer à la prévention des issues défavorables de la grossesse attribuables aux milieux de travail
3. Réduire l'exposition des travailleurs à un risque spécifique ou à un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier
4. Assurer la surveillance et le contrôle des cas d'intoxication ou de maladie à déclaration obligatoire d'origine professionnelle, ainsi que l'investigation d'agrégats présumés liés au travail

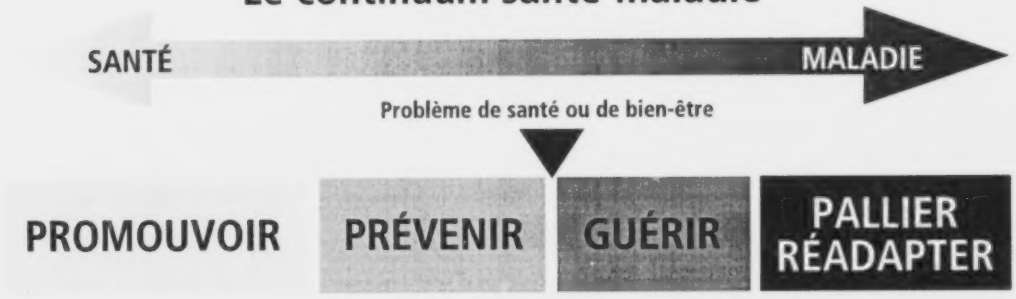
INTRODUCTION

« La santé publique, c'est la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par les efforts organisés de la société »[1].

Un constat émerge des travaux qui ont été réalisés au cours des dernières années au sein du système de santé et de services sociaux : il est essentiel de rehausser l'action sur les facteurs qui ont un impact sur l'état de santé des personnes et des populations, tant pour améliorer la santé et le bien-être des collectivités que pour diminuer les besoins de services curatifs ou de soutien. Par ses fonctions de promotion, de prévention et de protection, le réseau de santé publique situe son action en amont des problèmes de santé et de bien-être tel qu'illustré ci-dessous.

FIGURE A

Le continuum santé-maladie



Adapté de : RRSSS DU SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN (2000)

Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie, Plan d'action régional 2004-2007, répond à l'obligation de la Régie régionale de se doter d'un plan d'action régional (PAR) conforme au *Programme national de santé publique* (PNSP) et tenant compte des particularités de la Montérégie. D'autre part, il permet d'identifier les moyens par lesquels le directeur de santé publique pourra assumer les responsabilités qui lui sont dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur la santé publique*.

En ce sens, l'objectif du PAR est d'orienter la planification locale dans le domaine de la santé publique ainsi que l'allocation des ressources financières qui y seront dévolues jusqu'en 2007. La *Loi sur la santé publique* a permis d'instaurer une nouvelle dynamique de planification et de programmation en santé publique. Ainsi, les plans d'action locaux (PAL) constituent les principaux outils de planification qui permettront l'actualisation du PAR et, par le fait même, du PNSP.

Le présent document présente d'abord le contexte dans lequel se situe le plan d'action régional. Par la suite, un profil sociosanitaire de la population est dressé. Le cœur du document présente les cibles d'action retenues en Montérégie et les résultats régionaux et locaux attendus d'ici 2007. Une proposition quant aux rôles et contributions attendus des différents acteurs concernés par les cibles d'action est également indiquée. Viennent ensuite des précisions sur le plan de mobilisation en cas de menaces à la santé, le plan de surveillance de l'état de santé de la population et le cadre d'évaluation du plan d'action régional, qui feront l'objet de documents complémentaires au plan d'action régional. Enfin, la dernière section traite des conditions requises pour la réalisation du PAR.

[1] Department of Health, Public health in England (the Acheson report), London : HM Stationery Office, 1988.

Le contexte du plan d'action régional de santé publique

Depuis l'adoption de la *Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)* et des *Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997)* traduites en Montérégie par le *Programme régional de santé publique (DSP, 1996)* et le *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002 (RRSSSM, 1999)*, la santé publique a connu une remarquable avancée au Québec.

LA CRÉATION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

La Loi sur l'*Institut national de santé publique du Québec* (chapitre I-13.1.1) a été adoptée en juin 1998. Elle créait un institut qui a pour fonction principale de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique. Sa propre mission consiste notamment à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique; à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population; à développer et favoriser la recherche en santé publique. La création de cet institut a entraîné une réorganisation dans la coordination de l'expertise en santé publique au Québec.

LA NOMINATION D'UN DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2001, la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (chapitre M-19.2) a créé le poste de directeur national de santé publique pour conseiller et assister le ministre et le sous-ministre dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique. Il s'agit d'un poste de sous-ministre adjoint. Le ministre peut lui déléguer des fonctions ou des pouvoirs qui lui sont attribués par la *Loi sur la santé publique*.

L'ADOPTION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

La *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2), adoptée en décembre 2001, réaffirme les fonctions de la santé publique en instaurant une meilleure surveillance de l'état de santé de la population, une place accrue à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes ainsi qu'une plus grande instrumentation pour la protection de la santé et des activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.

Le *Programme national de santé publique* (PNSP), qui définit l'offre de service en santé publique au Québec pour la prochaine décennie, incarne la principale mesure de ce nouveau cadre législatif. La nouvelle loi ordonne également l'élaboration de plans d'action régionaux et locaux de santé publique, en conformité avec les objectifs poursuivis et les activités prévues au PNSP, dans chacune des régions et des territoires de CLSC du Québec. Toujours selon cette loi, ces plans doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats.

DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS POUR LE DIRECTEUR RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) a identifié de nouvelles responsabilités pour les directeurs régionaux de santé publique. Ces derniers assument maintenant les mandats suivants :

- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, en suivre l'évolution et, le cas échéant, faire les études et recherches nécessaires à cette fin;

- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller la Régie régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
- Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action;
- Informer le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population;
- Assumer toute autre fonction qui lui est confiée par la *Loi sur la santé publique*.

Dans cette dernière loi, plusieurs mandats sont inscrits dont celui d'élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional en concertation, notamment, avec les CLSC. Ce plan d'action doit être conforme au *Programme national de santé publique* et tenir compte des spécificités de la population du territoire.

DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS POUR LES CLSC

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) a ajouté, à la mission des CLSC, la fonction de réaliser des activités de santé publique sur son territoire conformément aux dispositions prévues dans la *Loi sur la santé publique*. Cette dernière loi ordonne aussi à ces établissements d'élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Ce plan d'action doit être conforme au *Programme national de santé publique* et permettre d'atteindre les objectifs inscrits dans le plan d'action régional, tout en tenant compte des spécificités de la population vivant sur le territoire qu'il couvre.

LA MODIFICATION DU CODE DES PROFESSIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

La *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, adoptée en juin 2002, permet notamment aux infirmières et infirmiers d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage et de procéder à la vaccination dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique. Les infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec pourront également contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. Ces changements pourront modifier la prestation de certains services actuellement offerts.

DES ACTIONS EN PRÉVENTION DANS LE PLAN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 2003-2006

Le virage « prévention », préconisé par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux tenue en 2000, est une priorité inscrite au Plan de la santé et des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2002a). Les principales mesures ciblées sont les pratiques cliniques préventives à intégrer dans la pratique quotidienne des intervenants de la santé, des actions préventives à mener auprès de la population générale et de groupes vulnérables et, enfin, le soutien des autres secteurs d'activité impliqués dans le domaine de la santé publique, comme le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, le monde du travail, le milieu communautaire et les municipalités.

LA DIFFUSION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Programme national de santé publique assure la continuité des Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Il présente les objectifs sociosanitaires qui ont été fixés au niveau provincial[2] et les activités se rapportant à l'une ou l'autre des fonctions essentielles de santé publique, soit la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention et la protection. Ces activités ont été retenues en fonction de l'importance des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux qu'elles visent à atténuer et de l'efficacité reconnue de l'intervention pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs fixés. Un bon nombre d'activités constituent désormais l'offre de service commune à toutes les régions du Québec pour intervenir en santé publique, et ce, sur un horizon de dix ans. Une mise à jour est prévue à tous les trois ans. Le programme permet également d'adapter la planification des actions aux dynamiques régionales et locales. Par ailleurs, certains documents complémentaires au PNSP viendront préciser plusieurs aspects, soit la surveillance de l'état de santé de la population, la stratégie relative au développement des communautés, la stratégie de lutte contre le VIH et le sida, les autres infections transmissibles sexuellement et le virus de l'hépatite C, la recherche et l'innovation ainsi que l'évaluation du PNSP.

[2] Les objectifs du Programme national de santé publique sont présentés à l'annexe 1.

2 Le portrait de la population montérégienne

Ce chapitre rappelle succinctement les grandes lignes du portrait démographique et socioéconomique de la Montérégie ainsi que les éléments généraux du profil sociosanitaire de sa population. Le *Programme national de santé publique* ayant déjà précisé les grandes lignes du portrait de santé des Québécois et les principaux enjeux qui en découlent pour la santé publique, l'accent est mis ici sur les données montérégiennes qui viennent illustrer ces dimensions. Afin de mettre en contexte les actions retenues dans le PAR, des données plus spécifiques accompagnent également les différentes cibles d'action.

Malgré les efforts consentis, ces brefs exposés n'ont pas la prétention de faire une description exhaustive de la situation sociosanitaire montérégienne. S'il désire de plus amples informations, le lecteur est invité à consulter les nombreux documents disponibles, notamment ceux produits par la Direction de santé publique de la Montérégie et cités en références dans le présent document. L'un d'entre eux (*Sauvageau, 2003*) procurera au lecteur des informations à l'égard d'une soixantaine d'indicateurs, et ce, pour chaque territoire de CLSC de la Montérégie.

SOURCE DES DONNÉES*

La plupart des données présentées dans cette section sont issues de la publication de l'Institut national de santé publique du Québec intitulée *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, Édition 2001 (INSPQ, 2001)*. Les résultats de plusieurs enquêtes de santé ont également été utilisés, soit ceux de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA 1998)*, de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et de son volet régional (ESS 1998) de même que l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC 2000-2001)*.

Depuis 1987, les données sur la santé de la population de la Montérégie provenaient principalement des enquêtes générales de Santé Québec (1987, 1992-1993 et 1998). Les données de ces enquêtes étaient comparables dans le temps, car la méthodologie, les populations à l'étude et les indicateurs utilisés étaient généralement semblables d'une enquête à l'autre.

Cette situation est maintenant révolue puisque le Québec s'est joint au reste du Canada pour participer à l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC). Comme les enquêtes de Santé Québec, le volet général de l'ESCC est réalisé à l'aide d'entrevues auprès d'un échantillon représentatif de personnes dans chaque région sociosanitaire du pays. La première enquête a eu lieu en 2000-2001 et devrait être reprise sur une base régulière.

Dans cette période de transition, il faut demeurer vigilant dans l'interprétation des données. En effet, les données de l'ESCC ne sont pas toujours directement comparables aux données produites antérieurement par les enquêtes de Santé Québec, et ce, pour plusieurs raisons. Par exemple, elles ne portent pas sur la même population (toute la population ou population des 15 ans et plus dans Santé Québec vs la population des 12 ans et plus pour l'ESCC) et les indicateurs ne sont pas toujours définis et recueillis de la même façon même s'ils portent le même nom. En somme, nous vivons actuellement une période de transition et la prudence demeure de rigueur dans l'interprétation de l'évolution de l'état de santé des Montérégiens à partir de ces données d'enquête.

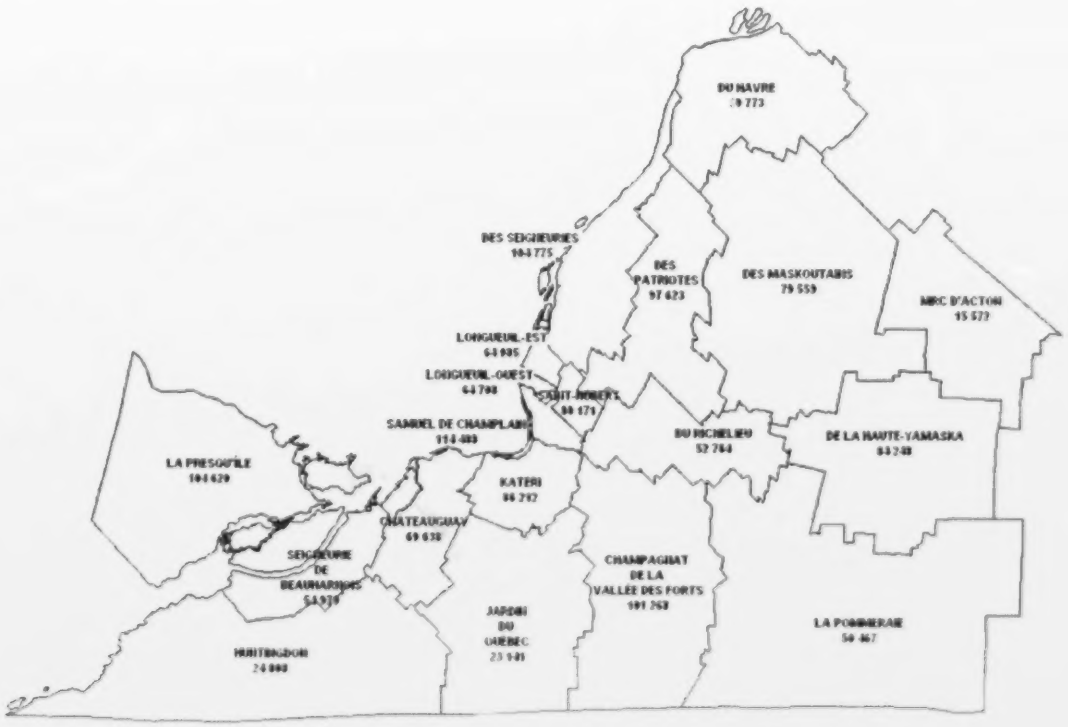
* Pour faciliter l'identification des diverses sources des données présentées dans ce chapitre, le sigle de l'enquête concernée est utilisé plutôt que le nom de l'auteur. La liste des documents associés est présentée dans la section portant sur les références bibliographiques.

LE PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE

Regroupant 18 % de la population québécoise, soit près de 1 325 000 personnes, la Montérégie représente, en 2001[3], la deuxième région sociosanitaire la plus populeuse du Québec après celle de Montréal-Centre (*Payette et Villeneuve, 2001*). La population des 19 territoires de CLSC de la région figure à la carte 1 ci-dessous. La région montérégienne s'étend sur un vaste territoire dont les richesses ont su être utilisées au profit de diverses vocations, qu'elles soient résidentielles, industrielles ou agricoles. L'occupation du territoire varie fortement, et ainsi, des préoccupations associées à l'urbanité et à la ruralité demeurent bien présentes en Montérégie. En effet, la région abrite une zone urbaine densément peuplée en bordure du fleuve Saint-Laurent, mais la majorité du territoire se compose essentiellement d'agglomérations situées en milieu rural. On y retrouve également deux territoires autochtones. La dispensation de services sociaux et de santé à ces populations étant de juridiction fédérale, elles ne sont pas visées par le PAR, sauf exceptions.

CARTE 1

Population projetée par territoire de CLSC, 2001[3]



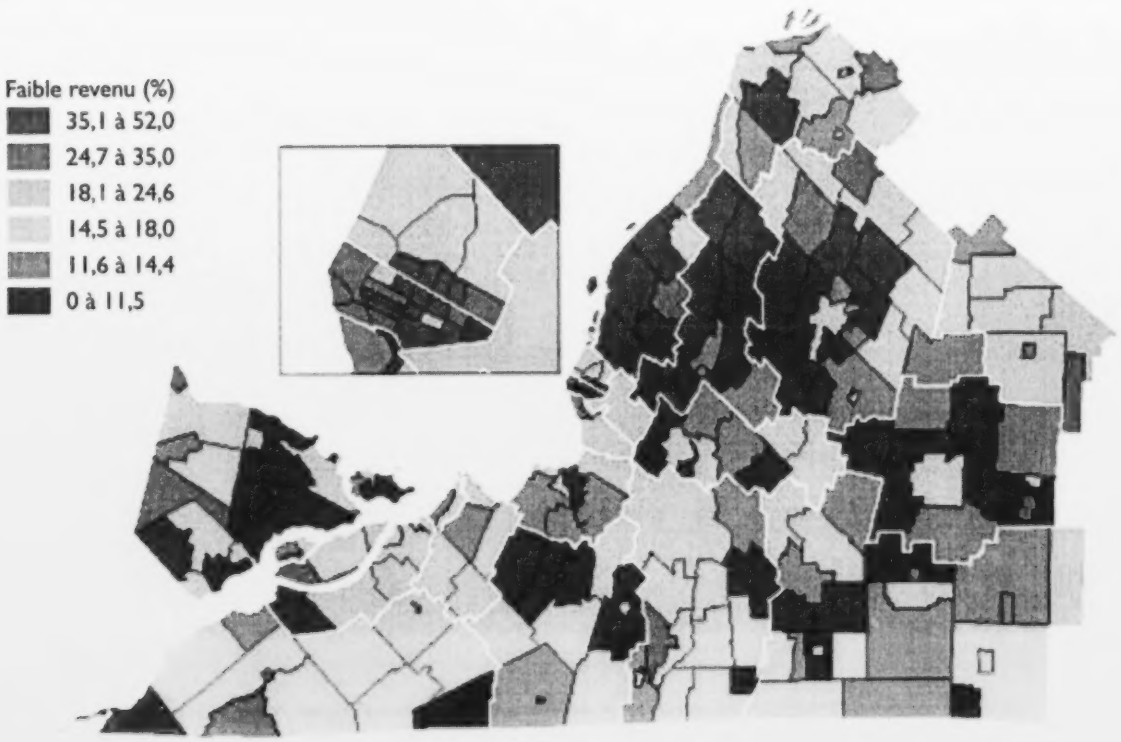
Source : RRSSS de la Montérégie – Équipe Surveillance (2003)

[3] Selon des perspectives démographiques basées sur le recensement de 1996

Comparativement au Québec, la Montérégie présente un portrait relativement favorable au plan socioéconomique. Pourtant, certains sous-groupes de Montérégiens affrontent des situations de vie difficiles. Ainsi, en 1996, 16 % de la population de 15 ans et plus était faiblement scolarisée[4] et, en 1995, 18 % de la population de tous âges vivait sous le seuil de faible revenu *(INSPQ, 2001)*. Derrière ces chiffres, se cachent des disparités géographiques importantes puisque selon le territoire de CLSC, ces proportions varient de 10 % à 28 % dans le cas de la faible scolarité et de 10 % à 34 % dans le cas du seuil de faible revenu *(Sauvageau, 2003)*. La carte 2 illustre cette réalité sur la base des municipalités de la Montérégie. Le lecteur intéressé par de plus amples informations pourra, à la fin de l'année 2003, obtenir un portrait plus complet de la Montérégie à l'égard de la défavorisation sociale et matérielle ainsi que sa relation avec l'état de santé des Montérégiens.

CARTE 2

Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu par municipalité, CLSC de la Montérégie, 1995



Source : RRSSS de la Montérégie – Équipe Surveillance (2003), selon les estimations de Statistique Canada établies à partir des données du Recensement de 1996 et de l'Enquête sur les finances des consommateurs de 1995.

[4] Moins d'une neuvième année de scolarité.

LE PORTRAIT DE SANTÉ DES MONTÉRÉGIENS

L'espérance de vie et la mortalité infantile en Montérégie

L'amélioration des conditions de vie, le contrôle des maladies infectieuses et la progression des soins médicaux ont contribué à l'amélioration de l'espérance de vie dans l'ensemble des sociétés industrialisées. L'influence bénéfique de ces facteurs continue d'accroître la longévité des individus. En Montérégie, l'espérance de vie à la naissance s'élève maintenant à 78,3 ans[5]. Ainsi, un enfant né dans la région au tournant de l'an 2000 peut espérer vivre 2,3 années de plus que son aîné ayant vu le jour seulement dix ans auparavant, ce qui représente une hausse appréciable (*INSPQ, 2001*).

■ *On remarque que l'espérance de vie des hommes, en Montérégie, est plus élevée que celle de leurs concitoyens québécois (75,3 ans comparativement à 74,6 ans), tandis que l'espérance de vie des femmes s'élève à 81,1 ans, tant en Montérégie qu'au Québec (INSPQ, 2001).* ■

À l'instar de l'espérance de vie, la diminution progressive de la mortalité infantile reflète les progrès réalisés notamment en ce qui concerne la qualité des soins et services ainsi que la prévention. Entre 1984 et 1998, le taux de mortalité infantile a chuté de 30 % en Montérégie, passant de 6,3 décès à 4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible qu'au Québec (5,3 pour 1 000 en 1998) (*INSPQ, 2001*).

La perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé reflète non seulement l'état de santé, mais également la présence de limitations d'activités et l'utilisation de ressources médicales et pharmaceutiques (*INSPQ, 2001*). En 1998, 9 % des Montérégiens de 15 ans et plus percevaient leur état de santé général comme étant moyen ou mauvais, la région se distinguant ainsi avantageusement du reste du Québec (12 %) (*ESS 1998*).

Les incapacités

Environ 17 %[6] de l'ensemble de la population montérégienne vivant en ménage privé souffre d'une incapacité[7], celle-ci étant décrite comme modérée ou grave dans le tiers des cas. Cette prévalence est significativement plus élevée que celle enregistrée au Québec (15 %), l'écart se manifestant principalement au niveau des incapacités légères. Selon les données québécoises, le taux d'incapacité aurait progressé entre 1986 et 1998, passant de 11 % à 15 %. Les maladies ostéoarticulaires, cardiovasculaires, du système nerveux ou d'origine traumatique sont le plus souvent à l'origine des incapacités déclarées chez les 15 ans et plus (*EQLA 1998*).

CINQ ENJEUX DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

L'élaboration du PNSP a donné lieu à une analyse de l'état de santé et du bien-être des Québécois et de ses déterminants. Les faits marquants de cette analyse ont permis d'identifier quatre premiers enjeux de santé publique pour les prochaines années, à savoir :

- la diminution des problèmes psychosociaux;
- la diminution de la mortalité prématurée évitable et des incapacités ayant pour cause des maladies chroniques physiques, ainsi que des traumatismes non intentionnels;
- l'atténuation des effets du vieillissement de la population, particulièrement des conséquences de ce vieillissement sur les personnes qui vivent des incapacités fonctionnelles et sur leur réseau de soutien naturel;
- la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

Enfin, un cinquième enjeu, soit la mise en œuvre d'interventions adaptées à l'évolution des menaces à la santé de la population, a pris une importance grandissante. En effet, les événements survenus au cours des dernières années (ex. : la tempête de verglas de 1998, l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental, les bactéries multirésistantes aux antibiotiques, le syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS]) et l'adoption de la *Loi sur la santé publique* ont confirmé la légitimité de s'y attarder. Afin de mieux illustrer les défis à relever au cours des prochaines années, le portrait de santé des Montérégiens a été élaboré en s'inspirant de ces cinq enjeux majeurs.

[5] Basée sur la période 1994-1998.
[6] Taux standardisé (taux brut : 16,4 %).
[7] L'incapacité, telle que considérée par l'EQLA, est définie comme une réduction partielle ou totale de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude normale pour un être humain (un indicateur similaire de l'ESCC pour la population de 15 ans et plus donne une estimation un peu plus élevée. Pour le Québec, le taux selon l'EQLA est de 16 %, il est de 20 % selon l'ESCC).

LES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

Le PNSP met à l'avant-scène un ensemble de problèmes psychosociaux qui affectent autant les enfants et les adolescents que les adultes et les personnes âgées. Il s'agit notamment des problèmes de santé mentale et du suicide, des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues ainsi que des problèmes d'abus, de négligence et de violence. Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents y sont aussi inscrits comme une préoccupation majeure puisqu'ils font partie des déterminants importants de l'état de santé et de bien-être, autant pendant le jeune âge qu'à l'âge adulte. Évidemment, les problèmes psychosociaux se présentent sous diverses facettes selon les cycles de vie. Afin d'illustrer cette réalité, des données spécifiques à chaque groupe d'âge seront présentées plus loin dans le document. Voici néanmoins quelques données générales en guise d'entrée en matière.

Les problèmes de santé mentale et le suicide

La santé mentale des Montérégiens peut être décrite sous divers angles. D'une façon générale, 8 % des individus de 15 ans et plus vivant en Montérégie en 1998 considéraient leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise (*ESS 1998*). De façon plus spécifique, l'ESCC 2000-2001 estime à 8 % la proportion de Montérégiens de 12 ans et plus étant à risque de dépression[8] et à 9 % la proportion de gens ayant consulté un professionnel de la santé[9], en personne ou par téléphone, au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 mois précédents. Dans une perspective un peu plus large, cette enquête révèle également qu'environ trois adultes sur dix, en Montérégie, considèrent que la plupart de leurs journées ont une quantité élevée de stress. La Montérégie ne se distingue pas du reste du Québec pour ces indicateurs.

Même s'ils sont souvent de nature transitoire, comme c'est le cas pour la dépression majeure ou les troubles d'adaptation, les troubles mentaux augmentent le risque que la personne atteinte pose éventuellement un geste suicidaire (*Saint-Laurent et Tennina, 2000; Blackburn, 2001*). Ainsi, environ 3,5 % des Montérégiens de 15 ans ou plus (35 000 individus) ont déclaré avoir sérieusement pensé à se suicider au cours des 12 mois précédant l'*Enquête sociale et de santé (1998)*. Ces statistiques ne tiennent pas compte des quelque 5 000 personnes de la région qui ont tenté de se suicider au cours de cette période (*ESS 1998*), ni des 200 Montérégiens qui, en moyenne, décèdent par suicide annuellement (*Hamel, 2001*). Le taux ajusté de mortalité par suicide est significativement plus faible en Montérégie qu'au Québec (16 comparativement à 19 décès pour 100 000 personnes). Le suicide demeure toutefois une source substantielle d'années potentielles de vie perdues, car le tiers des décès par suicide en Montérégie en 1997-1998 sont survenus chez les moins de 35 ans (*INSPQ, 2001; Hamel, 2001*).

Les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues

L'ampleur des problèmes psychosociaux liés à la consommation d'alcool ou de drogues est difficile à estimer, qu'il s'agisse par exemple des accidents causés par une consommation excessive, de manifestations de violence ou d'agressivité ou de difficultés dans les relations sociales. Tout au moins peut-on estimer la proportion de gens ayant une consommation excessive, en présumant qu'ils sont plus à risque de connaître de tels problèmes. L'un des critères utilisés pour décrire une consommation excessive est le fait de consommer 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion au moins 5 fois par année. Selon ce critère, près d'un Montérégien sur quatre (23 %), âgé de 15 ans et plus, peut être considéré comme ayant une consommation excessive d'alcool (*ESS 1998*). Quant à la consommation de drogues[10], elle était déclarée par 17 % des Montérégiens de 15 ans et plus vivant en ménage privé (*ESS 1998*).

Les problèmes d'abus, de négligence et de violence

En cette matière, le PNSP fait référence, de façon plus spécifique, d'une part à la situation des enfants et, d'autre part, à celle des personnes victimes d'agressions sexuelles ou de violence conjugale. Seuls ces deux aspects sont ici documentés et uniquement sous l'angle des données disponibles pour la Montérégie, sachant évidemment que ces quelques données ne peuvent rendre justice à toute la complexité de la problématique de la violence.

[8] Inclut les risques possibles et probables de dépression clinique.
[9] Les professionnels de la santé mentale incluent les médecins de famille ou les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues, les infirmières, les travailleurs sociaux et les conseillers.
[10] Consommation de marijuana ou d'autres drogues au cours des 12 mois précédant l'enquête.

En 2000-2001, dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, 3 200 cas ont été signalés et retenus en Montérégie, soit un taux de 10,5 pour 1 000 jeunes de moins de 18 ans. Parmi ces cas, on a jugé que le développement et la sécurité de l'enfant étaient compromis pour 1 396 enfants, soit un taux de 4,6 pour 1 000 jeunes. Les situations les plus répandues sont la négligence et les troubles de comportement, avec des taux respectifs de 2,3 et 1,7 pour 1 000. On dénombre aussi des cas d'abus physiques (0,4 pour 1 000), d'abus sexuels (0,2 pour 1 000) et d'abandon (0,04 pour 1 000) *(Sauvageau, 2003)*. Une étude des données québécoises *(Tourigny et autres, 2002)* indique que les cas de négligence impliquent principalement la mère; quant aux abus physiques et psychologiques, ils sont le fait de la mère ou du père des enfants dans des proportions semblables.

En matière de violence conjugale, les statistiques judiciaires[11] indiquent qu'en 2001, 2 129 femmes de la Montérégie en ont été victimes, soit un taux de 373 pour 100 000 femmes de 12 ans et plus. Il faut toutefois noter que les hommes portent également plainte pour violence conjugale, 406 cas ayant été enregistrés pour la même année (73 pour 100 000) *(MSP, 2002a)*. Ces données sous-évaluent l'incidence réelle de la violence conjugale, des études révélant qu'un grand nombre de victimes, hommes et femmes, ne rapportent pas ces agressions aux corps policiers *(Trainor et Mihorean, 2001)*. Les enquêtes menées auprès de la population générale sont en effet plus appropriées pour tracer un portrait d'ensemble de la violence conjugale et en nuancer les divers aspects, mais de telles données ne sont pas disponibles pour la Montérégie. Les statistiques judiciaires *(MSP, 2002b)* font aussi état de 558 agressions sexuelles en Montérégie en 2001, soit un taux de 42,1 infractions pour 100 000 habitants.

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE ATTRIBUABLE AUX MALADIES CHRONIQUES ET AUX TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Les maladies chroniques

Entre 1994 et 1998, en Montérégie, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, au cancer et aux maladies respiratoires a augmenté de 4%, 13% et 37% respectivement *(MSSS, 2001a)*. Ces trois groupes de maladies dominent la liste des causes de mortalité, tant au Québec qu'en Montérégie. Le cancer ainsi que les maladies cardiovasculaires et respiratoires étaient à l'origine de 6 512 décès en 1998, soit les trois quarts de tous les décès survenus en Montérégie *(MSSS, 2001a)*.

Considérant le nombre élevé de décès qui y sont associés, les maladies chroniques représentent une cause importante de mortalité prématurée[12]. À l'origine du tiers des années potentielles de vie perdues en Montérégie, le cancer figure en première place, suivi des maladies cardiovasculaires (20 %) *(MSSS, 2001a)*.

Quoique le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires ait constamment chuté au cours des vingt dernières années, la Montérégie se distingue par un taux ajusté de mortalité significativement plus élevé qu'au Québec (271 comparativement à 258 pour 100 000 personnes). Cette situation semble attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques[13] (161 comparativement à 149 pour 100 000) *(INSPQ, 2001)*.

TABLEAU 1

Taux ajustés d'incidence du cancer, Montérégie, Québec, 1994-1998
(taux annuel moyen pour 100 000 personnes)

	Montérégie	Québec
Tous les cancers	421	424
Cancer de la prostate	106	99
Cancer du sein	106	111
Cancer du poumon	73	76
Cancer colorectal	58	56

Source : INSPQ, 2001

Le taux ajusté d'incidence[14] du cancer en Montérégie (tableau 1) se distingue peu de celui de l'ensemble du Québec (421 cas comparativement à 424 cas pour 100 000) *(INSPQ, 2001)*. Toutefois, le cancer de la prostate a tendance à être plus fréquent en Montérégie qu'au Québec, un dépistage plus intensif ayant pu avoir contribué à détecter un plus grand nombre de nouveaux cas dans la région. D'autre part, l'incidence du cancer du sein semble un peu moindre en Montérégie.

[11] Catégories d'infraction considérées : voie de fait, menace, harcèlement criminel, agression sexuelle, enlèvement ou séquestration, meurtre ou tentative de meurtre.
[12] Un décès prématuré étant défini comme un décès survenant avant l'âge de 75 ans.
[13] Regroupe les infarctus du myocarde, l'angine de poitrine, ainsi que les autres formes aiguës ou chroniques d'ischémie myocardique.
[14] Le taux d'incidence représente le nombre de nouveaux cas survenus durant une période donnée divisé par la population totale au milieu de la même période.

Malgré un portrait général plutôt favorable en Montérégie, le vieillissement de la population accroît sans cesse le fardeau associé au cancer. En effet, entre 1991 et 1998, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 22 % dans la région *(DSPPE, 2002a)*.

Enfin, le diabète constitue également une source de préoccupation croissante. Une étude récente estimait qu'en 1999-2000, environ 47 000 personnes âgées de 20 ans ou plus étaient atteintes de diabète en Montérégie[15] *(Émond, 2002)*. Selon cette étude, la proportion de personnes atteintes serait semblable en Montérégie et au Québec (4,9 %).

Les traumatismes non intentionnels

En Montérégie, les traumatismes non intentionnels sont responsables d'environ 4 % des décès annuellement. Ils ont tout de même un impact considérable puisqu'une part significative des incapacités[16] et des années potentielles de vie perdues, environ 10 % annuellement, leur sont attribuables *(EQLA 1998; MSSS, 2001a)*. Bien que le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels en Montérégie ait diminué de 36 % entre 1984 et 1998, la prévention peut certainement contribuer à réduire encore davantage le lourd fardeau qui y est associé. En guise d'exemple, les deux tiers des décès par traumatismes non intentionnels sont reliés à un accident de véhicule à moteur ou à une chute accidentelle *(INSPQ, 2001)*.

LES EFFETS RELIÉS AU VIEILLISSEMENT

En 2001[17], 11 % de la population montérégienne était âgée de 65 ans ou plus comparativement à 13 % au Québec *(Payette et Villeneuve, 2001)*. Les perspectives démographiques prévoient

> ■ *Il devient impératif d'agir pour préserver le « capital santé » des aînés d'aujourd'hui et de ceux de demain afin que dans l'avenir, longévité rime davantage avec santé.* ■

toutefois que la population régionale vieillira à un rythme accéléré au cours des vingt prochaines années de telle sorte qu'en 2021, un Montérégien sur cinq sera âgé de 65 ans et plus et près d'un sur dix aura plus de 75 ans. Une telle évolution démographique est importante puisque chez les 75 ans et plus, une personne sur deux souffre d'incapacité comparativement à une personne sur trois chez les 65-74 ans *(EQLA 1998)*. Souvent reliées aux maladies chroniques et aux traumatismes, les incapacités affligent davantage les aînés. La proportion de personnes âgées de la Montérégie ayant des limitations d'activités à long terme a fortement augmenté entre 1992-1993 (16 %) et 1998 (30 %); elle était également plus élevée qu'au Québec (30 % comparativement à 21 %) *(ESS 1998)*.

Même si la majeure partie des aînés est en bonne santé, l'accroissement de la longévité s'accompagne fréquemment d'une limitation d'activités (tableau 2). En effet, l'espérance de vie sans limitation d'activités s'est détériorée au cours de la dernière décennie *(Sauvageau, 2003)*.

TABLEAU 2

Espérance de vie, Montérégie, 1987-1998

	1987	1998	GAIN
Total	76,0 ans	78,3 ans	2,3 ans
Sans incapacité	67,7 ans	66,2 ans	-1,5 an
Avec incapacité	8,3 ans	12,1 ans	3,7 ans

Source : Sauvageau, 2003

Malgré l'investissement important des réseaux familial et communautaire, 35 % des aînés québécois ayant des incapacités n'ont pas toute l'aide dont ils auraient besoin *(EQLA 1998)*. Le soutien aux personnes âgées de même qu'aux personnes qui leur viennent en aide revêt alors un caractère déterminant. En effet, les aidants peuvent devenir eux-mêmes vulnérables (ex. : épuisement, isolement social) s'ils ne sont pas soutenus adéquatement *(DSPPE, 2002b)*.

LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

La population montérégienne ne constitue pas un groupe homogène au regard de la santé. Des sous-groupes de populations plus vulnérables peuvent être définis selon une multitude de caractéristiques (ex. : l'âge, le sexe, l'ethnie, le niveau socio-économique, le statut marital, le type de famille, le lieu de résidence, etc.). Bien qu'il serait intéressant d'avoir un portrait de chaque sous-groupe, l'objectif des prochains paragraphes consiste plutôt à attirer l'attention sur l'existence de disparités en matière de santé en Montérégie.

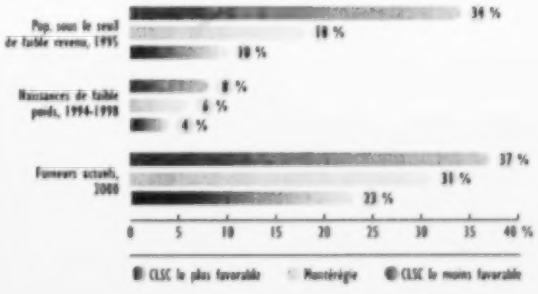
[15] L'étude ne permet pas de distinguer les prévalences spécifiques du diabète de type I et de type II.
[16] Au Québec : 8 % des incapacités touchant la mobilité, 7 % de celles touchant l'agilité, 5 % de celles reliées à l'intellect/santé mentale et 10 % des incapacités autres que celles touchant la parole, l'audition et la vision sont reliées aux traumatismes *(EQLA, 1998)*.
[17] Selon des perspectives démographiques basées sur le recensement de 1996.

L'analyse de quelques indicateurs selon le territoire de CLSC confirme l'existence de disparités sous-régionales en Montérégie *(Sauvageau 2003)*[18]. La figure B illustre certains écarts importants concernant des déterminants de santé et de bien-être. Ainsi, du point de vue socioéconomique, la richesse et la pauvreté sont loin d'être réparties uniformément sur le territoire régional, l'insuffisance de revenu touchant une part plus importante de la population dans certains CLSC. La carte 2 démontre bien cette réalité.

Dans la catégorie des facteurs de risque, l'exemple de la proportion de bébés de faible poids est assez éloquent, celle-ci étant de 4 % dans le cas le plus favorable mais de 8 % dans le cas le plus défavorable. L'écart dans la prévalence du tabagisme illustre, quant à lui, la présence des disparités en matière d'habitudes de vie et de comportements. Quant aux dimensions de santé, il suffit de mentionner la différence considérable de l'espérance de vie à la naissance entre les CLSC de la région, cet indicateur variant de 76,2 ans à 79,9 ans selon le territoire.

FIGURE B

Exemples de disparités sous-régionales en Montérégie

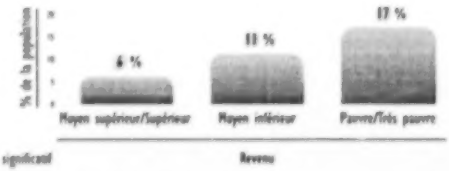


Source : *Sauvageau, 2003*

La présence de disparités en matière de santé entre les personnes mieux nanties et les plus démunies est par ailleurs suggérée à la figure C, la proportion de gens percevant leur état de santé[19] comme moyen ou mauvais ayant tendance à augmenter quand le niveau de revenu est plus faible.

FIGURE C

Proportion de la population percevant son état de santé comme moyen ou mauvais selon le niveau de revenu, Montérégie, 1998



Source : *ESS 1998*

Quant aux nombreuses disparités de santé entre les hommes et les femmes, elles sont souvent de nature complexe. Dans le domaine de la santé mentale par exemple, les données de perception indiquent que les femmes ont une perception plus négative de leur état de santé mentale que les hommes *(ESS 1998)*. À l'autre extrémité du continuum des données, la mortalité par suicide est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (26 c. 6 décès pour 100 000).

[18] La DSP de la Montérégie a procédé, en 2000, à la tenue d'une enquête de santé auprès de la population de chaque CLSC afin d'obtenir des données représentatives pour chaque territoire. Bien qu'elle s'inspire de l'ESS 1998, l'enquête par CLSC a eu recours à une méthodologie différente. Par conséquent, les estimés montérégiens cités dans cette section peuvent être différents de ceux issus de l'ESS 1998. Un document présentant l'ensemble des résultats de l'enquête par CLSC est actuellement disponible *(Sauvageau, 2003)*. Pour chaque indicateur, le résultat pour l'ensemble de la Montérégie sera accompagné de deux estimés issus des territoires de CLSC, soit celui présentant la situation la plus favorable et celui ayant la situation la moins favorable.

[19] L'indicateur « la perception de l'état de santé » est bien corrélé à l'état de santé physique et mental, mais également à la présence de limitations d'activités et à l'utilisation de ressources médicales et pharmaceutiques *(INSPQ, 2001)*.

Dans le domaine de la santé physique, on peut, entre autres, mentionner le cas du cancer du poumon. Depuis 1985, le taux d'incidence de ce cancer (tableau 3) est demeuré relativement stable chez les hommes mais a augmenté chez les femmes, notamment en raison du déclin plus tardif du tabagisme chez ces dernières *(Institut national du cancer du Canada, 2002)*. Néanmoins, en l'an 2000, le taux d'incidence du cancer du poumon demeure près de deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

TABLEAU 3

Taux ajustés d'incidence du cancer du poumon selon le sexe, Montérégie, 1985, 1990, 1995, 2000*

(taux annuel moyen pour 100 000 personnes)

	1985	1990	1995	2000
Hommes	103	119	100	98
Femmes	31	35	44	55

* projection

Source : INSPQ, 2001

LA PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

La nature des menaces à la santé ne cesse d'évoluer. Une vigilance constante est essentielle afin d'adapter les interventions en fonction des changements observés. Par exemple, la hausse du nombre de cas d'infections invasives à méningocoque de sérogroupe C à l'hiver 2001, a justifié la tenue d'une campagne de vaccination provinciale. La déclaration de deux cas de rubéole congénitale[20] dans la région a également conduit à l'intensification des mesures favorisant le dépistage et la vaccination des femmes en âge de procréer. Enfin, l'adoption du nouveau règlement sur l'eau potable et la surveillance accrue de la qualité de l'eau qui en résulte constitue un autre exemple où une plus grande vigilance permet de détecter davantage de situations potentiellement dangereuses pour la santé publique.

Si la protection de la santé de la population figure dans la longue tradition de la santé publique, la nature des menaces à la santé ne cesse d'évoluer, ce qui pose de nombreux défis.

De nouvelles menaces à la santé font également leur apparition. Par exemple, l'émergence du virus du Nil occidental en Montérégie a nécessité la mise en œuvre d'un plan d'intervention global afin de faire face à cette nouvelle problématique. L'apparition de bactéries résistantes à plusieurs antibiotiques dans les milieux de soins, les menaces reliées au terrorisme ainsi que l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère font également partie des nouvelles réalités pour lesquelles il faut se préparer adéquatement. La surveillance des maladies à déclaration obligatoire constitue un des outils essentiels en protection de la santé. Les données les plus récentes à l'égard de certaines d'entre elles sont présentées au tableau 4.

TABLEAU 4

Nombre de cas déclarés pour certaines maladies à déclaration obligatoire (MADO), Montérégie, 2001 et 2002

	Nombre de cas déclarés 2001	Nombre de cas déclarés 2002		Nombre de cas déclarés 2001	Nombre de cas déclarés 2002
Coqueluche	156	181	Chlamydiose génitale	1131	1326
Hépatite C	412	345	Hépatite B (aiguë ou chronique)	113	122
Gonorrhée	62	96	Sida	4	18
Syphilis	3	5	Infection invasive à pneumocoque	110	125
Tuberculose	16	30	Infection invasive à méningocoque	13	9
Campylobactériose	422	440	Salmonellose	149	203
Infection à *E. coli*	44	58	Paludisme (Malaria)	30	7
Infection par le VNO	0	5[21]			

Source : DSPPE, 2002c et DSP, 2003

[20] Un cas a été déclaré en 1999 et l'autre en 2000.

[21] 3 cas ont été confirmés tardivement, soit après la publication du rapport annuel pour l'année 2002.

Les activités humaines pouvant exercer une pression sur l'environnement sont diversifiées et nombreuses sur le territoire montérégien. Plus de 2 500 établissements manufacturiers sont situés en Montérégie. En 1991, le quart des entreprises les plus polluantes au Québec, en termes de rejets industriels, étaient situées sur le territoire. Par ailleurs, 64 % du territoire est destiné à l'agriculture et près du quart des fermes du Québec exercent leurs activités en sol montérégien. Les activités d'origine industrielle, agricole ou municipale ont des répercussions autant sur l'eau, que sur l'air et les sols. Elles peuvent, dans certains cas, présenter un risque sur la santé de la population et sur sa qualité de vie. De même, la protection de la santé des travailleurs face aux risques présents en milieu de travail constitue une autre facette de l'intervention en santé publique, notamment en vertu de l'entente entre le MSSS et la CSST. Des données relatives à la santé environnementale et à la santé au travail seront présentées en lien avec les cibles d'action associées à ces domaines.

Quoique très bref, ce portrait de santé des Montérégiens illustre tout de même l'ampleur des principaux défis qui attendent l'ensemble des acteurs régionaux et locaux au cours des prochaines années. Quelques constats généraux peuvent être dégagés de ce portrait. En premier lieu, le nombre considérable de Montérégiens aux prises avec des problèmes psychosociaux ainsi que leurs impacts sur leur santé et leur bien-être actuel et futur justifient la mise en œuvre d'interventions appropriées à chaque cycle de vie, en mettant toutefois l'accent sur la période de l'enfance et de l'adolescence, de façon à agir en amont des problèmes. Par ailleurs, le vieillissement accéléré de la population régionale accentuera davantage la nécessité d'intervenir en prévention, notamment au regard des maladies chroniques. De plus, la présence de disparités sous-régionales importantes aux plans socioéconomique et sanitaire nécessitera une approche de prévention adaptée à la réalité de chaque territoire. Enfin, l'évolution constante de la nature ou de l'ampleur des menaces à la santé de la population interpelle tous les acteurs de santé publique ainsi que leurs partenaires des autres secteurs. En somme, ce portrait de santé des Montérégiens confirme la pertinence d'implanter des actions de santé publique concertées, adaptées et appropriées aux besoins de l'ensemble de la population et des groupes qui la composent.

3 Du programme national au plan d'action régional de santé publique

Il est reconnu qu'une articulation bien planifiée de plusieurs stratégies d'intervention est ce qui permet le plus souvent d'atteindre les objectifs visés en santé publique.

Les activités du PNSP se rapportent aux différentes fonctions de santé publique qui délimitent son champ d'action. Elles visent à agir sur l'ensemble des déterminants qui influencent la santé et le bien-être, en utilisant diverses stratégies d'intervention. Enfin, le PNSP identifie certaines valeurs et principes éthiques qui doivent influencer nos choix lors de la planification de la mise en œuvre de ces activités. Le plan d'action régional adhère à ces fondements du PNSP présentés de façon très résumée dans le tableau suivant (tableau 5), et invite le lecteur à se référer au PNSP pour davantage d'informations.

TABLEAU 5

Les fondements du Programme national de santé publique

Les fonctions de santé publique

Fonctions essentielles

- La surveillance continue de l'état de santé de la population
- La promotion de la santé et du bien-être
- La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- La protection de la santé

Fonctions de soutien

- Les réglementations, législations et politiques publiques ayant des effets sur la santé
- La recherche et l'innovation
- Le développement et le maintien des connaissances

Les valeurs et les principes éthiques

- Le bien commun
- La bienfaisance
- La non-malfaisance
- L'autonomie des personnes
- Le respect de la confidentialité et de la vie privée
- La responsabilité
- La solidarité
- La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables
- La justice

Les stratégies

- Renforcer le potentiel des personnes
- Soutenir le développement des communautés
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être
- Soutenir les groupes vulnérables
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

Les principaux déterminants de la santé

- Les prédispositions biologiques et génétiques
- Les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé
- Les conditions de vie et les milieux de vie
- L'environnement physique
- L'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources

Source : Programme national de santé publique *(MSSS, 2003a)*

Parmi les prédispositions biologiques, on retrouve le sexe des personnes. Les recherches démontrent plusieurs différences liées au sexe tant au niveau de la nature et de l'ampleur des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux, qu'au niveau des conditions de vie des personnes, de leurs habitudes de vie et de leurs comportements. Les actions de santé publique doivent donc tenir compte de ces différences dans le choix des approches d'intervention afin d'assurer leur efficacité.

Dans le plan d'action régional, les activités identifiées dans le PNSP se traduisent en cibles d'action. On ne retrouve pas d'objectifs sociosanitaires à atteindre régionalement, mais les cibles d'action concourent à l'atteinte de ceux du PNSP (annexe 1). À l'annexe 2, un tableau présente le lien entre les cibles d'action du PAR et les principaux objectifs sociosanitaires du PNSP à atteindre. Enfin, les cibles d'action tiennent compte des nouvelles responsabilités dévolues au directeur de santé publique.

D'abord, deux cibles d'action, transversales à l'ensemble des fonctions de santé publique, sont identifiées. Ensuite, les cibles d'action en promotion et en prévention sont présentées conjointement et traduisent les activités du PNSP à réaliser d'ici 2006, sous l'angle des différents cycles de vie. Puis, les cibles d'action en protection de la santé sont présentées pour les domaines des maladies transmissibles, de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail.

Pour chaque cible d'action, des résultats attendus sont indiqués. Une légende précise s'il s'agit d'un :

- ■ résultat à atteindre dans tous les territoires de CLSC
- ▣ résultat à atteindre dans certains territoires de CLSC
- 🅁 résultat à atteindre régionalement
- 📣 résultat à atteindre à la suite du lancement d'une campagne de communication provinciale

Enfin, les activités indiquées dans le PNSP comme étant non prioritaires pour 2003-2005 et qui ne sont pas déjà implantées en Montérégie sont notées, mais aucun résultat attendu n'est spécifié. Elles pourraient tout de même être retenues dans les plans d'action locaux (PAL), compte tenu des spécificités des territoires.

Le rôle de la Direction de santé publique (DSP) est précisé pour chaque cible d'action. On retrouve également, **à titre indicatif**, la contribution attendue des établissements et des dispensateurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires concernés par les différentes actions prévues. Les rôles et les contributions seront convenus de façon plus précise lors de l'élaboration des PAL, et ce, dans une optique de complémentarité et dans le respect de l'autonomie et des missions des différents partenaires concernés.

3.1 Les cibles d'action transversales

Considérant la portée de certaines activités du PNSP sur un ensemble de thématiques, tant du secteur de la promotion et de la prévention que du secteur de la protection, le PAR inclut deux cibles d'action transversales. Celles-ci visent à améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés ainsi qu'à encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Ces cibles d'action, qui s'apparentent à des stratégies d'intervention, se caractérisent par le fait qu'elles visent généralement l'ensemble de la population et qu'elles interagissent avec plusieurs autres cibles d'action du PAR. Lorsque ce sera le cas, les logos suivants apparaîtront dans la section présentant les résultats attendus en lien avec chaque cible d'action.

Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés

Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

Cible 1 d'action transversale

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE ET FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

L'influence des conditions de vie (revenu, emploi, scolarité, logement, soutien social, accès aux ressources, sécurité alimentaire, sécurité des milieux de vie, etc.) sur la santé et le bien-être est bien démontrée. L'action intersectorielle, le développement social et le développement des communautés ainsi qu'une attention particulière aux groupes vulnérables sont les principaux moyens retenus pour améliorer les conditions de vie et la qualité de vie de la population montérégienne.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Bien que l'amélioration générale des conditions de vie ait contribué à une diminution globale de la mortalité au cours des dernières décennies au Québec, elles demeurent un déterminant majeur de la santé et du bien-être, et ce, plus particulièrement sur le plan des inégalités de santé et de bien-être *(MSSS, 2001c; Pampalon, 2002; Beaudry et Sauvageau, 1994)*.

Considérant que les principaux leviers pour améliorer les conditions de vie relèvent bien souvent d'autres secteurs que de celui de la santé et des services sociaux (emploi, revenu, secteur municipal, transport, famille, éducation, loisirs, justice, sécurité publique, environnement, etc.), l'action intersectorielle s'avère un outil essentiel pour agir de façon concertée sur ces conditions. Rappelons également la nouvelle responsabilité du directeur de santé publique que lui confère la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* « *d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action* ».

Par leur influence sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et du bien-être, le développement social et le développement des communautés constituent des stratégies d'intervention privilégiées pour améliorer les conditions de vie collectives et individuelles sur les plans physique, social et économique.

■ *« ...LE RENFORCEMENT (EMPOWERMENT) DES CAPACITÉS DE DÉCISION ET D'ACTION DES COMMUNAUTÉS EN FAVEUR DE LA SANTÉ CONSTITUE UN ÉLÉMENT CRITIQUE DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ, LA PROTECTION ET LA PRÉVENTION. L'IMPACT DES PROGRAMMES QUI CIBLENT LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS INDIVIDUELS EST SOUVENT ÉPHÉMÈRE ET DILUÉ À MOINS QUE DES EFFORTS NE SOIENT FAITS POUR APPORTER DES CHANGEMENTS SYSTÉMATIQUES À PLUSIEURS NIVEAUX DE LA SOCIÉTÉ » (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION CITÉ DANS INSPQ, 2002).* ■

Le développement social et le développement des communautés reposent sur la participation et la concertation des citoyens et des acteurs du milieu dans la détermination de leurs problèmes et des réponses à apporter. Ces processus de développement se distinguent toutefois par le niveau ou le lieu où ils prennent place. Le développement social peut s'effectuer à différents paliers tandis que le développement des communautés se réalise au sein d'une communauté soit géographique ou axée sur une identité commune, sur un même réseau social, sur des intérêts ou des espaces de vie partagés *(Kemp, 1995; INSPQ, 2002)*.

En matière de développement des communautés, le PNSP propose quatre types d'activités, soit :

- des activités pour être à l'écoute de la population et pour lui rendre accessible l'information sur son état de santé et de bien-être;
- des activités fondées sur l'engagement des communautés;
- des activités fondées sur la collaboration intersectorielle;
- des activités qui réduisent les inégalités de santé et de bien-être et qui privilégient les communautés les plus défavorisées.

La vulnérabilité de certains groupes de la population à divers problèmes de santé et de bien-être a été démontrée précédemment. Parmi ces facteurs de vulnérabilité, plusieurs sont liés aux conditions de vie (pauvreté, sous-scolarisation, inactivité économique, faible soutien social, etc.) et entraînent de lourdes conséquences au cours des différents cycles de vie (retard de développement, problèmes d'adaptation sociale, morbidité,

perte d'autonomie, mortalité prématurée, etc.). Les interventions ciblant des groupes présentant des facteurs de vulnérabilité visent ainsi à atténuer ces conséquences et à réduire les écarts de santé et de bien-être dans l'ensemble de la population.

Les organismes communautaires ainsi que leurs regroupements, par leur enracinement dans la communauté, la participation sociale qu'ils suscitent, l'approche globale qui caractérise leur intervention et leur engagement auprès des groupes vulnérables, sont des acteurs essentiels pour améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés. La récente politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* témoigne bien de cette reconnaissance et indique :

■ *« Par cette politique, le gouvernement place les organismes communautaires au centre des pratiques sociales québécoises et reconnaît leur rôle dans le développement social et économique du Québec tout en maintenant leur autonomie et leur pouvoir d'initiative » (SACA, 2001).* ■

La mission des CLSC fait aussi de ce réseau d'établissements un acteur majeur en développement des communautés. On y note que par une approche globale et concertée, multidisciplinaire et communautaire, le CLSC a pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté (*Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003, en ligne*). C'est particulièrement par leurs interventions en organisation communautaire que se concrétise ce rôle :

■ *« L'organisation communautaire est un mode d'intervention en support aux communautés, leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Elle s'adresse prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources (...) et permet aux établissements de contribuer à l'action communautaire en se situant à la jonction du réseau public de services et des organisations communautaires autonomes » (Lachapelle, 2003).* ■

Concrètement, on retrouve dans la pratique de l'organisation communautaire différentes approches se chevauchant et s'entrecroisant, où tantôt l'intervention vise la défense et la promotion des droits des citoyens (l'action sociale), tantôt l'auto-développement et l'auto-organisation de la communauté (le développement local communautaire) et tantôt les initiatives de partenariat et de concertation des institutions dans le but d'une plus grande cohérence entre les différents dispensateurs de services *(Lachapelle, 2003)*.

Outre les organismes communautaires, les CLSC et la Direction de santé publique, cette cible d'action interpelle de nombreux acteurs tels que les municipalités, les municipalités régionales de comté (MRC), les centres locaux de développement (CLD), les centres locaux d'emploi (CLE), le Conseil régional de développement (CRD), les instances scolaires, les services de garde à l'enfance, différents ministères, etc.

QUELQUES DONNÉES

- Rappelons qu'en 1995, 18 % de la population montérégienne vivait sous le seuil de faible revenu. Cette proportion est plus élevée pour les enfants de 0-5 ans (21 %), les jeunes adultes de 18-24 ans (21 %) et les personnes de 65 ans et plus (23 %). Elle est aussi plus élevée chez les femmes que chez les hommes (20 % c. 16 %), l'écart le plus notable étant observé dans le groupe d'âge des 65 ans et plus (28 % c. 16 %) *(Sauvageau, 2003)*.

- Au regard des conditions de vie, 42 % des Montérégiens vivant seuls en 1996 étaient classés sous le seuil de faible revenu, soit près de 45 000 individus. Les quelque 60 000 enfants de 0-17 ans vivant sous le seuil de faible revenu appartenaient à une famille monoparentale dans une proportion de 42 % et à une famille biparentale dans une proportion de 58 % *(Statistique Canada, Recensement 1996, compilations spéciales)*.

- Lors du recensement de 1996, 40 % des ménages locataires montérégiens consacraient 30 % ou plus de leur revenu brut aux coûts d'habitation *(Sauvageau, 2003)*.

- En 1998, on notait la présence d'au moins une dimension de l'indice d'insécurité alimentaire[22] chez 7 % des Montérégiens de 15 ans et plus. Cette proportion atteignait 25 % chez les Montérégiens qualifiés comme pauvres ou très pauvres *(ESS 1998)*.

- En Montérégie, 33 % des écoles, soit 125 écoles primaires et 18 écoles secondaires, se situent aux rangs déciles 7 à 10 de l'indice de milieu socioéconomique[23].

[22] Monotonie alimentaire, restriction de l'apport alimentaire, incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants.

[23] Cet indice est composé de deux variables : la proportion des mères sans diplôme (pour une pondération de deux tiers) et la proportion de parents dont aucun ne travaille à temps plein (pour une pondération d'un tiers). Le rang décile par école, situé entre 1 et 10, indique que plus celui-ci est élevé, plus le milieu socioéconomique est faible.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Plusieurs actions, tant aux niveaux régional que local, sont en cours afin d'améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés.

Au niveau régional, le Conseil régional de développement de la Montérégie (CRDM) constitue un lieu privilégié de concertation, d'harmonisation et de planification du développement régional où la RRSSS et la DSP collaborent à différents niveaux (concertations régionales, comités de travail, consultation, etc.). Le développement social constitue un des quatre axes de développement de l'*Entente cadre de développement de la région de la Montérégie 2001-2006* du CRDM. Les travaux de sa commission sur le développement social portent notamment sur l'amélioration des conditions de vie (lutte à la pauvreté, logement, alimentation, transport, accès aux services, etc.), la condition féminine, le développement de services d'aide à la famille et la petite enfance, le soutien d'initiatives en faveur de la jeunesse, la participation active des personnes âgées, notamment par le biais de la Table régionale des aînés de la Montérégie, etc. *(CRDM, 2001)*. Plusieurs mécanismes de concertation régionale plus spécifiquement reliés à la santé et au bien-être de la population montérégienne et soutenus par le réseau de la santé sont également en place (santé en milieu scolaire, prévention de la violence et des agressions sexuelles, santé environnementale, etc.).

Au niveau local, plus de 400 organismes communautaires et bénévoles s'impliquent sur l'ensemble du territoire montérégien afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Ces organismes, nés de la volonté de citoyens de prendre en main collectivement un besoin dans leur milieu, interviennent dans de nombreux champs d'action (aide et entraide, soutien social, promotion et défense des droits, hébergement, etc.). De plus, l'action communautaire est présente dans l'ensemble des CLSC de la région, ce qui contribue également à l'atteinte de ces objectifs.

Dans tous les territoires de CLSC, il existe actuellement des lieux où différents partenaires se concertent afin d'améliorer collectivement les conditions de vie dans leurs milieux. On pense notamment aux tables de concertation intersectorielle rattachées aux programmes *NEGS-PSJP* et *À toute jeunesse* où les partenaires conviennent de plans d'action locaux depuis plusieurs années. Ces lieux sont soutenus par le réseau de la santé et des services sociaux. D'autres lieux sont aussi soutenus par d'autres réseaux soit, par exemple, des municipalités et des milieux scolaires.

Certains territoires ont réuni les partenaires concernés pour améliorer plus spécifiquement la qualité de vie des aînés. De nombreux projets locaux de promotion de la santé et de prévention auprès des aînés ont pris naissance dans le cadre des travaux du *Plan d'organisation des services pour les personnes âgées* de la Régie régionale afin d'accroître l'intégration sociale des personnes âgées.

La consolidation d'actions concertées en matière de sécurité alimentaire, une activité prévue au PNSP, est également amorcée dans plusieurs territoires de CLSC. Implanté depuis 1997, le projet *Bâtir ensemble la sécurité alimentaire en Montérégie* (BELSAM) soutient actuellement des démarches de planification locale afin d'améliorer l'accès, en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à coût raisonnable, dans plusieurs territoires de CLSC.

D'autres milieux se sont mobilisés autour de différents enjeux, dont la lutte à la pauvreté, le transport, le logement social, la revitalisation de quartier, la qualité de l'environnement, la sécurité des milieux, la salubrité des logements, etc. En Montérégie, une douzaine de municipalités sont membres du réseau « Villes et villages en santé », la version québécoise du réseau des communautés en santé « *Healthy Cities* ».

RÉSULTATS ATTENDUS

- Des mécanismes de concertation intersectorielle définis localement, en fonction par exemple de groupes de population (petite enfance, jeunesse, adultes, aînés) ou de thématiques (lutte à la pauvreté, sécurité alimentaire, sécurité dans les milieux de vie, santé environnementale, etc.), seront présents dans tous les territoires de CLSC.
- Des activités émergeant des communautés et axées notamment sur le soutien et l'intégration sociale, le renforcement du potentiel des personnes, la réduction des inégalités sociales, la sécurité alimentaire et la sécurité dans les milieux de vie seront implantées dans tous les territoires de CLSC.
- [R] Des mécanismes de concertation intersectorielle[24] visant à identifier et mettre en place des actions permettant d'améliorer les conditions de vie, la santé, la sécurité et le bien-être de la population montérégienne seront présents à l'échelle régionale.

Note : Cette cible d'action contribuera également à l'atteinte de plusieurs cibles d'action du PAR tel qu'illustré à l'aide du logo

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir les mécanismes locaux de concertation intersectorielle (diffusion d'information et de données sociosanitaires, élaboration d'outils, etc.); • Participer aux mécanismes régionaux de concertation intersectorielle et favoriser leur émergence au besoin; • Soutenir les mécanismes régionaux de concertation intersectorielle (diffusion d'information et de données sociosanitaires, élaboration d'outils, réseautage, expertise, mobilisation, etc.) et l'émergence de projets visant le développement social; • Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsque approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.
CRDM	• Participer aux mécanismes régionaux de concertation intersectorielle et favoriser leur émergence au besoin; • Soutenir les mécanismes locaux et régionaux de concertation intersectorielle (mobilisation, animation, élaboration d'outils, réseautage, expertise, etc.) et l'émergence de projets visant le développement social.
CLSC	• Favoriser et soutenir la participation des acteurs concernés aux mécanismes locaux de concertation intersectorielle; • Soutenir les mécanismes locaux de concertation intersectorielle (mobilisation, animation, réseautage, élaboration d'outils); • Favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de projets émergeant des communautés.
Organismes communautaires	• Participer aux mécanismes locaux de concertation intersectorielle; • Favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de projets émergeant des communautés.
Milieu municipal, CLE, CLD, services de garde, milieu scolaire, CHSLD et autres acteurs concernés	• Participer aux mécanismes locaux de concertation intersectorielle; • Favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de projets émergeant des communautés et qui interpellent la participation de leur secteur.
Regroupements régionaux d'organismes communautaires, directions régionales des ministères et autres acteurs régionaux concernés	• Participer aux mécanismes régionaux de concertation intersectorielle; • Favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de projets visant le développement social.

[24] Les mécanismes de concertation intersectorielle doivent nécessairement se traduire en actions.

PCP

Cible 2 d'action transversale

ENCOURAGER LE RECOURS AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES EFFICACES

Les pratiques cliniques préventives (PCP) se définissent comme l'ensemble des interventions clinicien-patient qui visent la prévention et elles incluent les activités de counselling, de dépistage ou de détection précoce[25] ainsi que la vaccination et la chimioprophylaxie *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*.

Il est important de mentionner que le terme clinicien fait ici référence aux professionnels de la santé, particulièrement les médecins et les infirmières auprès desquels l'efficacité des PCP a le plus souvent été démontrée. Cependant, dans le but d'assurer une plus grande accessibilité et une meilleure implantation des PCP, d'autres professionnels du réseau de la santé (dentistes, pharmaciens, nutritionnistes, etc.) et des services sociaux (travailleurs sociaux, psychologues, psycho-éducateurs, etc.) pourront être ciblés.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

En intégrant la prévention dans leurs consultations individuelles, les médecins et les professionnels de la santé et des services sociaux représentent un potentiel considérable pour améliorer la santé de la population *(Groulx et autres, 2001)*. Plusieurs interventions existent pour soutenir le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces dont la diffusion de guides de pratiques, les visites éducatives, un système de rappel et de rétro-action, la formation continue, l'utilisation de leaders d'opinion, la distribution de matériel, etc. Cependant, la stratégie la plus efficace est celle qui réunit plusieurs interventions. Cette stratégie doit également tenir compte du lieu où travaillent les professionnels et s'intégrer concrètement dans leur pratique quotidienne *(Koutsavlis, 2001)*.

Le PNSP identifie plusieurs PCP en lien avec l'acquisition de saines habitudes de vie, la prévention des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels et des problèmes psychosociaux ainsi que la protection contre les maladies transmissibles (voir tableau 6). Ces PCP sont également, pour la très grande majorité, en lien avec les autres cibles du plan d'action régional.

QUELQUES DONNÉES

- Actuellement en Montérégie, environ 850 omnipraticiens ont une pratique médicale en cabinet privé et 150 omnipraticiens ont une pratique médicale en CLSC ou en CHSGS *(Groulx et autres, 2001)*.
- Chaque année, 70 % de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites *(RAMQ, 2000)*.
- Les omnipraticiens en cabinet privé qui exercent la médecine générale ou familiale assurent 80 % du volume des soins ambulatoires *(Groulx et autres, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Plusieurs PCP sont intégrées dans des programmes provinciaux actuellement implantés en Montérégie soit le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, le *Programme québécois d'abandon du tabagisme*, le *Programme d'immunisation du Québec* et le *Programme public de services dentaires préventifs*, mais le tout est à consolider.

Pour toutes les autres PCP, la mise en place d'une démarche de planification en vue du déploiement d'activités de promotion, d'intégration et de soutien de ces pratiques est à réaliser. Cette démarche inclura des activités concernant la documentation des pratiques cliniques actuelles et l'identification des actions à mener afin d'encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. Elle devra se faire en collaboration avec les professionnels concernés. Par la suite, une priorisation des

[25] Le dépistage s'effectue auprès des personnes asymptomatiques, tandis que la détection de cas se fait auprès des personnes présentant des signes ou des symptômes. De plus, pour faire du dépistage, certains critères doivent être présents, notamment, la disponibilité d'un outil de dépistage valide, l'accessibilité à un traitement efficace et la possibilité de modifier, de façon favorable, la trajectoire de la maladie.

PCP, selon des critères d'efficacité et de faisabilité, sera réalisée. À noter que les recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique devront faire partie de l'analyse des critères d'efficacité qui seront pris en considération. De cette priorisation découlera une offre de service qui s'adressera aux professionnels de la santé et qui aura pour objectif de soutenir l'intégration des PCP ciblées à leur pratique. Un groupe de travail a été créé à la Direction de santé publique dans le but de réaliser cette démarche. Des liens avec le Département régional de médecine générale (DRMG) et le groupe de travail en soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) sont déjà initiés et se poursuivront.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] Une offre de service, incluant plusieurs interventions pour promouvoir et soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives ciblées, sera élaborée et présentée aux professionnels de la santé et des services sociaux concernés.

[R] Les interventions pour soutenir l'intégration d'au moins une pratique clinique préventive auront été implantées dans au moins quatre territoires de CLSC.

Note : Cette cible d'action contribuera également à l'atteinte de plusieurs cibles d'action du PAR tel qu'illustré à l'aide du logo PCP

Rôles et contributions attendus

DSP	• Élaborer l'offre de service pour promouvoir et soutenir le recours aux pratiques cliniques préventives ciblées; • Présenter l'offre de service aux professionnels concernés; • Mettre en œuvre des interventions afin de soutenir le recours aux pratiques cliniques préventives ciblées.
DRMG et groupe de travail en soutien à l'implantation des GMF	• Collaborer à l'élaboration de l'offre de service et à la mise en œuvre des interventions.
CLSC, CHSLD, CHSGS, cabinets médicaux, GMF, dentistes et pharmaciens	• Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives ciblées dans la pratique de leurs professionnels.

TABLEAU 6

Les pratiques cliniques préventives (PCP) inscrites dans le PNSP en lien avec les cycles de vie et les cibles d'action du PAR

PCP prévues d'ici 2006 dans le PNSP	Petite enfance	Enfance- jeunesse	Adultes	Personnes âgées
Prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer	1			
Recherche de cas et *counselling* sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes	1			
Counselling antitabagique auprès des femmes enceintes	1			
Offre systématique du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes	1			
Dépistages de la rubéole, de l'hépatite B et de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes	1			
Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale chez les nouveau-nés	1			
Proposition aux familles défavorisées de bénéficier d'un programme de visites à domicile durant la période périnatale et durant la petite enfance	1			
Orientation des enfants défavorisés vers des garderies ou centres de la petite enfance	1			
Counselling en matière d'allaitement maternel	2			
Pratiques cliniques préventives en lien avec le suicide		3	1	1
Identification des signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs		3	1	1
Counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorures, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés	2	6 7	6 8	2
Application d'agents de scellement dentaire pour la prévention de la carie dentaire		7		
Counselling antitabagique, incluant l'intervention brève ou minimale et l'intervention intensive		6	6 8	2
Dépistage du cancer du sein			7	4
Détection précoce du cancer du col et de l'hypertension artérielle, et prise en charge des personnes atteintes		6	6	2
Administration des vaccins recommandés	4	9	10	5
Counselling préventif et organisation des services intégrés de dépistage du VIH-sida, des ITS et du VHC		4	4	

PCP prévues après 2006 dans le PNSP				
Prévention de la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées				1 3
Détection des cas de violence conjugale et d'agression sexuelle			3	
Détection des cas d'abus ou de négligence chez les personnes âgées				
Recherche de cas et *counselling* sur la consommation d'alcool		8	2 9	
Counselling concernant l'usage de dispositifs de sécurité en matière de sécurité routière, selon les mesures législatives en vigueur	3	8	9	
Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque				3

Note : Les cercles ombragés indiquent le(s) cycle(s) de vie concerné(s) par ces PCP et les numéros représentent les principales cibles d'action liées à ces PCP.

« La promotion de la santé et du bien-être comprend l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus et aux collectivités d'avoir un plus grand pouvoir sur leur santé (MSSS, 2003a). »

« La prévention englobe les activités qui permettent d'intervenir le plus précocement possible tant afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi que leurs conséquences qu'afin de détecter les signes hâtifs de problèmes pour contrer ces derniers (MSSS, 2003a). »

3.2 Les cibles d'action en promotion et en prévention pour chaque cycle de vie

La *Loi sur la santé publique* prévoit la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé et de prévention visant à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.

Les interventions visant un même groupe de population gagnent à être intégrées afin de maximiser leur impact. C'est pourquoi les actions de promotion et de prévention issues du *Programme national de santé publique* sont traduites, au présent plan d'action régional, pour chaque cycle de vie, soit petite enfance, enfance-jeunesse, adultes et personnes âgées.

3.2.1 Petite enfance
(moins de 5 ans)

En 1999, on dénombrait 12 755 naissances vivantes de femmes résidant en Montérégie *(Leduc, à paraître)*. En 2001[26], on comptait environ 68 000 enfants âgés entre 0 et 4 ans, ceux-ci représentant 5 % de la population totale *(Payette et Villeneuve, 2001)*.

> ***LA PÉRIODE DE L'ENFANCE DOIT RECEVOIR UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DANS UN CONTEXTE DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION CAR PLUSIEURS ÉVÉNEMENTS, TANT DURANT LA GROSSESSE QUE DURANT LES PREMIÈRES ANNÉES DE VIE DE L'ENFANT, CONDITIONNENT SON ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AINSI QUE SON POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT.***

Dans la région, en 1995, 21 % des enfants de 0 à 5 ans vivaient sous le seuil de faible revenu *(Sauvageau, 2003)*. Les enfants qui vivent en milieu défavorisé sont plus à risque de naître prématurément ou avec un faible poids à la naissance, entraînant ainsi des risques de problèmes de croissance et de développement. Ils sont également plus à risque d'être exposés à des conditions de vie difficiles (alimentation déficiente, habitation inadéquate) avec toutes les conséquences à court et moyen terme que celles-ci peuvent avoir sur leur santé, leur bien-être et leur développement. Les réalités familiales des enfants au Québec ont beaucoup évolué et présentent de nouveaux défis pour l'intervention auprès des familles.

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Certaines actions implantées actuellement en Montérégie ne sont pas retenues dans le PNSP. Plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une demande de recherche ou d'avis sur leur efficacité. Les actions actuelles en lien avec ces thèmes sont maintenues dans l'attente des précisions à venir, lesquelles pourront spécifier les ajustements à effectuer au regard des actions en place. Il s'agit notamment :

- des rencontres prénatales;
- des programmes de développement des habiletés parentales;
- des programmes de stimulation précoce auprès des enfants de 0 à 2 ans;
- des actions en santé dentaire auprès des enfants 0 à 4 ans, dans l'attente de la révision du *Programme public de services dentaires préventifs*.

De plus, le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à ce cycle de vie, dont :

- la prévention de certains problèmes de santé physique tels que l'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité;
- la prévention de problématiques ayant un lien avec la famille (ex. : séparation, famille recomposée);
- la prévention des abus physiques et psychologiques;
- l'utilisation de nouveaux vaccins et la mise en œuvre de nouvelles stratégies de vaccination.

Caractéristiques des naissances vivantes en Montérégie, pour la période 1994-1998 *(Sauvageau, 2003)*:

- 5,8 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes);
- 7,1 % étaient prématurées;
- 8,7 % avaient un retard de croissance intra-utérine.

Situations familiales des enfants de 29 mois au Québec *(Desrosiers et autres, 2002)*:

- 76 % des enfants vivent au sein d'une famille biparentale intacte;
- 13 % des enfants vivent au sein d'une famille monoparentale;
- 9 % des enfants vivent au sein d'une famille biparentale recomposée[27];
- 2 % des enfants vivent au sein d'une famille recomposée (avec un de leurs parents et son conjoint).

[26] Selon des perspectives démographiques basées sur le recensement de 1996.
[27] C'est-à-dire résident avec des demi-frères ou demi-sœurs issus de l'union antérieure de l'un ou l'autre de leurs parents.

Cible 1
petite enfance

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS VIVANT DANS DES FAMILLES VULNÉRABLES

Les *Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères, et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité* originent de l'intégration du *Programme Naître égaux – Grandir en santé (NEGS)*[28], du *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)* et d'activités de stimulation précoce *(MSSS, 2003b)*.

Ces services comportent deux principales composantes, soit l'accompagnement des familles (suivi individualisé, accompagnement vers les ressources du milieu et activités en groupe) et le soutien à la création d'environnements favorables (action intersectorielle aux niveaux local, régional et national). Ces services visent notamment à contribuer à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères vivant en contexte de vulnérabilité, à favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité et à améliorer les conditions de vie et les habitudes de vie (ex. : alimentation, tabagisme, santé dentaire) des mères, des pères et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Le programme de visites à domicile *(Olds et autres, 1997)*, qui a inspiré le contenu des programmes *NEGS* et *PSJP*, a démontré :

- une diminution des signalements d'abus et de négligence chez les enfants;
- une augmentation du retour aux études ou sur le marché du travail chez les mères;
- une diminution du taux de grossesses subséquentes chez les jeunes mères;
- une diminution des problèmes de fugues, d'arrestations et de condamnations, des traumatismes non intentionnels, de la consommation d'alcool ainsi que du nombre de partenaires sexuels et de cigarettes fumées, chez les enfants de 15 ans nés de mères adolescentes, ayant été exposés à l'intervention lors de leur enfance.

Les programmes de stimulation précoce *(Vitaro et Gagnon, 2000)*, qui ont inspiré le contenu du *Programme de soutien éducatif*, ont démontré :

- une diminution de la référence en adaptation scolaire;
- une augmentation du taux de diplômation chez les jeunes de 19 ans;
- une diminution de la criminalité et de la gravité des délits à l'âge adulte.

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie *(en excluant les territoires autochtones)*, 577 enfants sont nés, en moyenne par année (1997-1998) de mères de moins de 20 ans, soit 4 % des naissances *(MSSS, fichiers des naissances 1997 et 1998)*.
- On prévoyait qu'en 2001 en Montérégie, 1 125 enfants seraient nés de mères de 20 ans et plus ayant moins de 11 ans de scolarité *(DSP, 2002)*.
- En Montérégie, en 2000-2001, le taux de cas signalés et retenus de négligence, d'abus et de troubles de comportements, dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, était de 8,9 pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans, soit 783 enfants. La majeure partie d'entre eux étaient des cas de négligence (5,7 pour 1 000) *(Sauvageau, 2003)*.

[28] Anciennement nommé PRINSIP en Montérégie (Programme intégré de services et d'interventions en périnatalité).

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Le *Programme NEGS* est implanté depuis 1997 dans tous les territoires de CLSC. Ce programme rejoint actuellement le nombre de familles ciblées régionalement, mais une plus grande intensité de l'intervention est nécessaire. L'action intersectorielle que soutient aussi ce programme permet aux partenaires locaux de convenir d'un plan d'action concerté favorisant la santé et le bien-être des familles vulnérables. Le *PSJP* a débuté son déploiement au printemps 2003 sur l'ensemble des territoires de CLSC.

Un programme de stimulation précoce auprès des enfants de 0 à 2 ans et leur famille est implanté dans tous les territoires de CLSC. Ce programme est maintenu, sans développement. Il devra être révisé pour s'arrimer aux *Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères, et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité*. Un programme de soutien éducatif ciblant les enfants de 2 à 4 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité est présentement implanté dans tous les territoires de CLSC depuis le printemps 2003. Actuellement, les ressources affectées à ce programme permettent de rejoindre environ 30 % des enfants ciblés.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Tous les territoires de CLSC auront implanté l'ensemble des composantes du *Programme Naître égaux – Grandir en santé*, du *Programme de soutien aux jeunes parents* et du *Programme de soutien éducatif* et auront amorcé la transition vers les *Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères, et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité*. Ils auront rejoint :
  - 80 % des femmes enceintes et mères de moins de 20 ans et leur famille;
  - 50 % des femmes enceintes et mères de 20 ans et plus, sous-scolarisées et leur famille;
  - 60 % des enfants ciblés de 2 à 4 ans.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre et la transition vers les services intégrés (formation, conception d'outils d'intervention, soutien à la concertation, etc.); • Susciter la mise en place de mesures sociales, de politiques publiques ou de réglementations favorisant une bonne qualité de vie et des environnements sécuritaires pour ces familles.
CLSC	• Mettre en œuvre ces programmes, tant au niveau de l'accompagnement des familles que de la création d'environnements favorables; • Amorcer la transition vers les services intégrés.
Centres jeunesse	• Collaborer à la mise en œuvre de ces programmes.
Organismes communautaires	• Participer à l'action intersectorielle en lien avec ces programmes et à la mise en œuvre des projets qui en émergent.
CHSGS, cabinets médicaux, GMF	• Référer les familles admissibles à ces programmes et assurer la liaison.
Services de garde	• Collaborer à la mise en œuvre de ces programmes et particulièrement du Programme de soutien éducatif.
Milieu municipal, CLD, CLE, commissions scolaires	• Participer à l'action intersectorielle en lien avec ces programmes et à la mise en œuvre de projets qui en émergent et qui interpellent la participation de leur secteur.
Centres d'éducation aux adultes et centres de formation professionnelle, milieux de travail, CLD, CLE et carrefours jeunesse emploi	• Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents ciblés par ces programmes.

Cible 2 petite enfance

PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT MATERNEL ET UNE SAINE ALIMENTATION

L'allaitement maternel est reconnu comme le mode d'alimentation optimal chez les nourrissons. Une saine alimentation est essentielle pour le développement physique, cognitif et affectif des enfants.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Plusieurs organismes nationaux et internationaux tels que l'OMS, Santé Canada et le MSSS, recommandent un allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie du nourrisson et la poursuite de l'allaitement jusqu'au moins un ou deux ans avec l'ajout d'aliments complémentaires. Les bénéfices pour les nourrissons, conférés par l'allaitement maternel, sont souvent reliés à sa durée et à son exclusivité. Ils incluent *(MSSS, 2001d)* :

- la diminution de l'incidence des otites et des infections respiratoires et gastro-intestinales;
- la diminution du risque de souffrir d'anémie ferriprive;
- la diminution de l'incidence de l'entérocolite nécrosante;
- l'amélioration du développement intellectuel et cognitif.

L'allaitement a aussi des avantages pour la santé des mères. Il réduit les risques d'hémorragies puerpérales et à plus long terme, il pourrait contribuer à réduire les risques de cancer du sein en préménopause, de cancer des ovaires ainsi que les risques d'ostéoporose. De plus, l'allaitement semble faciliter et consolider le lien d'attachement mère-enfant et permet de réaliser d'importantes économies reliées à l'utilisation des soins de santé et à l'absentéisme au travail.

Une stratégie démontrée efficace pour augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel est l'*Initiative des amis des bébés*, développée par l'OMS et l'UNICEF. Cette initiative incite l'adoption de politiques et de pratiques favorables à l'allaitement dans les établissements de santé *(Haiek et autres, 2003b)*.

Deux pratiques cliniques préventives contribuent également à cette cible d'action (cible transversale – 2). D'abord, le *counselling* en matière d'allaitement est efficace pour augmenter l'initiation et la durée de l'allaitement et conséquemment pour prévenir l'anémie ferriprive. De plus, le *counselling* sur l'utilisation, pour les bébés non allaités ou allaités partiellement, de préparations commerciales pour nourrissons comme substitut du lait maternel jusqu'à l'âge de 9 à 12 mois ainsi que d'aliments enrichis de fer est efficace pour prévenir l'anémie ferriprive *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*.

De plus, l'adoption de politiques alimentaires dans certains milieux de vie tels que les services de garde, contribue à favoriser une saine alimentation. Considérant que les nourrissons et les jeunes enfants vivant dans un milieu socioéconomique défavorisé sont plus à risque de souffrir d'anémie ferriprive *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*, des actions pour améliorer les conditions de vie des familles vulnérables sont nécessaires (cible petite enfance – 1 et cible transversale – 1).

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie, selon des données recueillies auprès de mères ayant accouché en novembre 1999 *(Haiek et autres, 2003a)* :
  - 80 % initient l'allaitement (68 % de façon exclusive);
  - 51 % allaitent leur enfant à 3 mois (24 % de façon exclusive);
  - 32 % allaitent leur enfant à 6 mois (1 % de façon exclusive).
- Chez les enfants québécois, on note, par ailleurs, que *(Dubois et Girard, 2002)* :
  - près du quart des enfants consomment du lait de vache à l'âge de 6 mois, soit bien avant l'âge recommandé de 9 mois;
  - 86 % des enfants consomment des aliments en purée vers l'âge de 4 mois, soit avant l'âge recommandé de 6 mois;

- à 29 mois, 1 enfant sur 5 ne mange pas de légumes chaque jour, 1 enfant sur 2 ne mange pas de la viande ou un substitut chaque jour, 1 enfant sur 3 consomme des « gras et des sucreries » (pâtisseries, friandises, biscuits ou croustilles) chaque jour;
- la consommation quotidienne de fruits et légumes notamment, est associée à une fréquence moins élevée d'infections et de consommation d'antibiotiques;
- la majorité (90 %) des enfants de 17 mois a déjà pris des préparations commerciales, alors que celles-ci ne devraient être prises qu'exceptionnellement, si le bébé ne peut être allaité;
- 36 % des enfants d'un an ne consomment plus de céréales pour bébés alors qu'il est recommandé d'en prendre jusqu'à 2 ans.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Un programme régional pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement est implanté depuis 1997. Neuf comités locaux, par territoire de CHSGS, auxquels participent le CHSGS, les CLSC, les médecins travaillant en périnatalité et le(s) groupe(s) d'entraide à l'allaitement, planifient et mettent de l'avant des actions locales concertées dans une optique de complémentarité et de continuité des services. Actuellement, un CHSGS est certifié *Amis des bébés* en Montérégie. Par ailleurs, peu d'actions pour favoriser une saine alimentation chez les moins de 5 ans sont en cours actuellement. Des activités d'éducation en nutrition sont offertes ponctuellement dans certains territoires de CLSC. Dans les CPE, il existe un règlement régissant l'offre et la gestion des repas ainsi que des mesures à l'égard des allergies alimentaires. Des actions visant à améliorer la sécurité alimentaire des familles vulnérables sont également présentes dans l'ensemble du territoire (cible transversale – 1 et cible petite enfance – 1).

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Tous les CHSGS et tous les CLSC auront amorcé l'implantation de l'*Initiative des amis des bébés*.
- ▣ Trois CHSGS et trois CLSC seront certifiés *Amis des bébés*[29].
- 🅁 Un modèle de politique alimentaire aura été développé pour les CPE ainsi qu'un plan d'implantation.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, conception d'outils d'intervention, élaboration d'un modèle de politique alimentaire pour les CPE, soutien à la concertation, etc.).
CLSC, CHSGS	• Se conformer aux exigences requises pour être certifiés Amis des bébés[29], ou tout au moins, avoir amorcé ce processus.
Organismes communautaires	• Collaborer à l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.
CPE et RCPEM	• Collaborer à l'élaboration du modèle de politique alimentaire; • Mettre en place des mesures pour faciliter l'allaitement maternel.

[29] Pour obtenir la certification Amis des bébés, l'établissement doit :
1) se conformer aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (dans le cas des centres hospitaliers) ou aux Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement dans la communauté (dans le cas des CLSC);
2) respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel;
3) atteindre un taux d'allaitement préalablement défini.

Cible 3 petite enfance

PRÉVENIR LES TRAUMATISMES ROUTIERS, RÉCRÉATIFS OU SURVENANT À DOMICILE

Au Québec, les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile sont la première cause de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans ainsi qu'une importante cause de morbidité. Parce qu'ils sont en pleine phase d'exploration et parce qu'à cet âge, ils ne reconnaissent pas le danger, les enfants de moins de 4 ans sont parmi ceux qui sont le plus à risque de blessures survenant à domicile *(Schaefer, 2003)*.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'approche à préconiser pour la prévention des traumatismes est multistratégique. Elle inclut des activités qui visent à changer les comportements, à rendre l'environnement plus sécuritaire et à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par des réglementations ou des lois.

L'intégration d'un volet de prévention des blessures à domicile dans les *Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité* est une avenue prometteuse, car il est reconnu que les enfants provenant de milieu socioéconomique défavorisé sont plus à risque de blessures *(Baker et autres, cité dans Schaefer, 2003)*.

Plus spécifiquement pour la prévention des noyades chez les jeunes enfants, l'obligation des propriétaires de piscines d'installer une clôture ou une barrière à verrouillage automatique empêchant l'accès direct à leur piscine constitue une mesure essentielle de prévention. Une étude estime que 80 % des noyades d'enfants de 1 à 4 ans auraient pu être prévenues par cette mesure *(Hassal, cité dans Brossard et autres, 1995)*.

La promotion de l'usage adéquat du dispositif de retenue pour enfant constitue une autre mesure qui a fait ses preuves. Il est démontré qu'un siège d'auto correctement installé réduit de 70 % les probabilités de décès et de blessures graves chez les enfants de moins de 5 ans *(SAAQ, 2003, en ligne)*. Par ailleurs, les pratiques cliniques préventives (cible transversale – 2) sont efficaces pour favoriser l'utilisation d'un dispositif de sécurité *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*.

L'aménagement sécuritaire des aires de jeu est également une mesure privilégiée. On attribue une diminution de 13 % du nombre de blessures dans les aires de jeu publiques sur l'Île de Montréal à l'application de la norme canadienne sur les aires et équipements de jeu et au meilleur aménagement des surfaces sous les appareils *(Robitaille et autres, 1997)*.

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie, en 1997 et 1998, les traumatismes non intentionnels ont causé en moyenne, chez les moins de 5 ans, 11 décès et 418 hospitalisations par année *(Hamel, 2001)*.
- En extrapolant à partir du taux québécois (30,3 pour 100 000) *(ESS 1998)*, on peut estimer qu'en Montérégie, environ 2 050 enfants de moins de 5 ans auraient subi, sur une période de 12 mois, des blessures ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale.
- Chez les enfants québécois de moins de 5 ans *(ESS 1998)*, les blessures surviennent au domicile dans une proportion de 91 %, dans un lieu public ou autre (sport et loisirs) dans une proportion de 6,7 % et sur la route dans une proportion de 2,3 %.
- Au Québec, en 2001, 90 % des parents des enfants de 0 à 5 ans utilisaient un bon siège d'auto pour leurs enfants mais seulement 58 % l'installaient adéquatement *(SAAQ, 2003, en ligne)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Les programmes *NEGS*, *PSJP* et de *soutien éducatif* sont implantés dans l'ensemble des territoires de CLSC et un volet de prévention des blessures à domicile y sera intégré. En 1994-1995, le programme *Du plaisir sans erreur* visant la sensibilisation des propriétaires de piscine à la sécurité de leur installation ainsi que des municipalités pour qu'elles adoptent ou modifient la réglementation conformément aux normes de sécurité, a été implanté dans l'ensemble de la Montérégie. Malgré que 80 % des municipalités avaient une telle réglementation, plus de la moitié d'entre elles devaient la réviser afin d'être conformes

aux mesures jugées efficaces *(Sergerie et autres, 1997)*. Depuis plusieurs années, des actions sont mises en œuvre en Montérégie pour promouvoir la bonne utilisation de dispositifs de retenue pour enfant (DRE). Actuellement, un programme provincial visant l'utilisation adéquate du DRE est en développement en collaboration avec la SAAQ et sera éventuellement implanté dans tous les territoires de CLSC. De plus, des actions de promotion de la sécurité des aires de jeu sont déjà implantées en Montérégie, mais seulement de façon partielle. Par ailleurs, le Regroupement des CPE de la Montérégie a réalisé plusieurs activités afin de favoriser la sécurité des aires de jeu des CPE. Un règlement provincial a été adopté au printemps 2003 obligeant les services de garde en installation à respecter les normes de sécurité pour leurs aires de jeu, mais la date de son entrée en vigueur n'est pas connue.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Un volet de prévention des blessures à domicile (chutes, intoxications, brûlures, noyades et quasi-noyades, etc.) sera intégré au *Programme Naître égaux – Grandir en santé*, au *Programme de soutien aux jeunes parents* et au *Programme de soutien éducatif* dans tous les territoires de CLSC.
- ■ Toutes les municipalités de plus de 5 000 habitants auront adopté une réglementation visant l'installation sécuritaire des piscines résidentielles conformément aux mesures jugées efficaces.
- ▣ Un programme visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant aura été implanté dans au moins cinq territoires de CLSC.
- [R] Tous les services de garde en installation auront des aires de jeu sécuritaires conformément à la norme et seront dotés d'une politique de maintien.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer à l'élaboration du programme provincial visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant et à son évaluation; • Soutenir la mise en œuvre des interventions (formation, élaboration d'outils d'intervention et de promotion, évaluation de la conformité des réglementations, etc.).
CLSC	• Mettre en œuvre le programme visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant; • Promouvoir l'importance que les aires de jeu soient conformes aux normes de sécurité; • Mettre en œuvre le volet de prévention des blessures à domicile dans le *Programme Naître égaux – Grandir en santé*, le *Programme de soutien aux jeunes parents* et le *Programme de soutien éducatif*; • Promouvoir l'importance d'adopter et d'appliquer une réglementation visant l'installation sécuritaire des piscines.
CPE	• Rendre leurs aires de jeu sécuritaires; • Collaborer à la mise en œuvre du programme visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant; • Sensibiliser les parents et les ressources familiales à la sécurité des aires de jeu et des piscines résidentielles.
CHSGS, garages, Association canadienne des automobilistes (CAA), policiers	• Collaborer à la mise en œuvre du programme visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant.
Loisir et Sport Montérégie, RCPEM, MESSF	• Promouvoir et soutenir la réalisation d'aménagements sécuritaires des aires de jeu.
Milieu municipal	• Adopter et appliquer une réglementation visant l'installation sécuritaire des piscines résidentielles conforme aux mesures jugées efficaces.
Organismes communautaires	• Collaborer à la mise en œuvre des activités.

Cible 4
petite enfance
PRÉVENIR LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Les premiers mois et les premières années de vie de l'enfant représentent une période charnière pour l'immunisation de base.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La vaccination est une mesure de prévention hautement efficace. De nombreuses maladies infectieuses, auparavant très fréquentes chez les tout-petits, sont maintenant prévenues ou contrôlées par l'immunisation. Toutefois, la persistance de certaines maladies, notamment de la rubéole congénitale, nous incite à demeurer vigilants. Le calendrier provincial d'immunisation de base comprend la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et les infections à méningocoque du sérogroupe C *(MSSS, 1999b)*. Des discussions sont en cours afin d'y inclure le vaccin contre la varicelle et celui contre le pneumocoque conjugué. D'autres vaccins sont aussi recommandés à certains enfants répondant à des critères particuliers, soit les vaccins contre l'hépatite B, l'influenza et les infections à pneumocoque. Pour l'ensemble des maladies visées par le programme de vaccination, chaque dollar investi dans l'immunisation entraîne des économies *(Tengs et autres, 1995)*.

QUELQUES DONNÉES

- La poliomyélite est éliminée des Amériques depuis 1994.
- Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990.
- L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993, cette réduction spectaculaire étant attribuable à la vaccination systématique des nourrissons entreprise en 1992.
- La coqueluche est toujours présente en Montérégie, le taux d'incidence le plus élevé étant observé chez les enfants âgés de moins de 1 an.
- Depuis 1997, 2 cas de rougeole et 2 cas de rubéole congénitale ont été déclarés en Montérégie.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Dix-neuf CLSC et plus de 100 médecins en cabinet privé participent au programme de vaccination. Présentement, les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans sont inconnues. Pour les élèves de la maternelle, la couverture vaccinale contre la rougeole était de 80 % pour l'année 1999-2000. Ce sont les dernières données disponibles. L'implantation d'un système structuré d'information vaccinale (cible maladies transmissibles – 6) facilitera grandement la surveillance des couvertures vaccinales.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ 95 % des enfants seront vaccinés selon les recommandations en matière de vaccination de base.
- ■ 95 % des enfants seront protégés contre la varicelle (si ajout au calendrier régulier).
- [R] 90 % des enfants appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec seront vaccinés contre l'hépatite B.
- [R] 95 % des enfants appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec seront vaccinés contre l'influenza et les infections à pneumocoque.
- Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, production d'outils, distribution des produits immunisants, diffusion du matériel de promotion, etc.); • Réaliser des activités de promotion de l'immunisation.
CLSC, cabinets médicaux et GMF	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination et assurer l'accessibilité de ce service; • Planifier des activités de soutien aux campagnes de promotion.
CHSGS	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination, particulièrement en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B et la rubéole; • Collaborer à la promotion de l'immunisation.
Organismes communautaires, services de garde, pharmaciens et autres partenaires	• Collaborer à la promotion de l'immunisation.

3.2.2

Enfance-jeunesse
(5 à 17 ans)

En 2001[30], la Montérégie comptait environ 231 000 enfants âgés entre 5 et 17 ans, ceux-ci représentant 17 % de la population totale *(Payette et Villeneuve, 2001)*.

■ *Plusieurs documents provinciaux ont confirmé l'importance d'intervenir auprès des jeunes, tant pour soutenir leur adaptation psychosociale que pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires. Ces éléments sont d'une grande importance dans la prévention d'un ensemble de problèmes qui peuvent se présenter durant ce cycle de vie, mais aussi à l'âge adulte.* ■

Selon le recensement de 1996, 19 % des jeunes de 6 à 17 ans font partie d'une famille vivant sous le seuil de faible revenu. Par ailleurs, la majorité des enfants de cet âge habitent avec leurs deux parents, biologiques ou adoptifs. Il n'en demeure pas moins que la proportion d'enfants vivant avec un parent seul est à la hausse et atteint 17 % chez les enfants de 6 à 14 ans et 20 % chez les 15 à 17 ans, et ceci, sans parler des enfants qui font partie d'une famille recomposée *(Sauvageau, 2003)*. Une enquête régionale menée en 1998 apporte quelques précisions complémentaires sur la variété des situations familiales des adolescents. En 1re secondaire par exemple, où 69 % des élèves demeurent avec leurs deux parents, on note qu'environ 7 % des jeunes habitent avec un parent seul alors que 14 % vivent plutôt en garde partagée, habitant en alternance avec leur père et leur mère. Les autres (10 %) demeurent surtout avec un parent ayant un conjoint, moins de 1 % des élèves ne vivant avec aucun de leurs parents *(Bellerose et autres, 2002)*.

En Montérégie, le cadre de référence *À toute Jeunesse (Lafontaine et autres, 1998)* a été mis en œuvre en 1999 dans chaque territoire de CLSC. À partir de ce cadre, des tables locales intersectorielles élaborent un plan d'action pour leur milieu. La majorité des projets découlant de cette mobilisation portent sur le développement des capacités personnelles et sociales des jeunes, le soutien social, la promotion de saines habitudes de vie, le développement des habiletés parentales, les services préventifs offerts notamment dans les cliniques jeunesse, et donnent priorité, dans la plupart des territoires, aux jeunes vivant en milieu défavorisé. Par ailleurs, les centres jeunesse élaborent aussi, depuis plusieurs années, un plan d'action qui cible les jeunes en réadaptation.

Note : Compte tenu de leur spécificité, les centres jeunesse poursuivront l'élaboration d'un plan d'action pour leurs services de réadaptation. Celui-ci contribuera à l'atteinte des résultats attendus du PAR.

Le *Plan d'action régional* se veut en continuité de l'action entreprise dans le cadre d'*À toute Jeunesse*. De plus, il vise à répondre aux nouvelles orientations en matière de complémentarité, convenues entre le MSSS et le MEQ *(MEQ, 2003)*. En ce sens, il est important de retenir que **toute intervention de promotion de la santé et de prévention qui se réalise en milieu scolaire doit être planifiée conjointement avec le milieu scolaire, dans l'optique d'une intervention globale et concertée**. Donc, bien que des actions ciblant les milieux scolaires soient précisées dans le PAR, celles-ci doivent être intégrées dans cette planification. L'intention pour laquelle ces actions sont précisées est de signifier qu'on doit leur accorder une priorité.

[30] Selon des perspectives démographiques basées sur le recensement de 1996.

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Certaines actions implantées actuellement en Montérégie ne sont pas retenues dans le PNSP. Plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une demande de recherche ou d'avis sur leur efficacité. Les actions actuelles en lien avec ces thèmes sont maintenues dans l'attente des précisions à venir, lesquelles pourront spécifier les ajustements à effectuer au regard des actions en place. Il s'agit notamment :

- des programmes de développement des habiletés parentales;
- des programmes ciblant les enfants exposés à la violence conjugale;
- des programmes de postvention dans le domaine du suicide.

De plus, le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à ce cycle de vie dont :

- la prévention de problématiques ayant un lien avec la famille (ex. : séparation, famille reconstituée);
- la prévention des abus physiques et psychologiques ainsi que des agressions sexuelles;
- la prévention du suicide;
- la prévention des blessures récréatives ou sportives;
- l'efficacité des activités axées sur la prévention des toxicomanies, du tabagisme et du jeu pathologique;
- l'utilisation de nouveaux vaccins et la mise en œuvre de nouvelles stratégies de vaccination.

Cible 1 enfance-jeunesse

PROMOUVOIR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ET PRÉVENIR DIFFÉRENTS PROBLÈMES PAR UNE INTERVENTION GLOBALE ET CONCERTÉE EN MILIEU SCOLAIRE

L'école est un milieu de vie privilégié pour favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie. Afin de mettre en place un ensemble de services intégrés en promotion et en prévention, le MEQ et le MSSS recommandent l'implantation d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'intervention globale et concertée est un « ensemble planifié et intégré de programmes, de politiques, de services et d'activités de promotion et prévention » *(Therrien, 2003)*. Cette planification met en évidence six facteurs (estime de soi, compétences sociales, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires, aménagement de l'environnement et services préventifs) à travers quatre niveaux d'ancrage de l'intervention (jeune, école, familles et communauté). Cette matrice permet d'aborder différents thèmes, par exemple les comportements pacifiques, les rapports égalitaires, la sexualité, les agressions sexuelles, la violence dans les relations amoureuses, la préoccupation excessive à l'égard du poids, la consommation d'alcool et de drogues, le suicide et l'acquisition de saines habitudes de vie telles que le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire.

TABLEAU 7

L'intervention globale et concertée en milieu scolaire

Niveaux d'ancrage	Facteurs					
	Estime de soi	Compétences sociales	Saines habitudes de vie	Comportements sains et sécuritaires	Environnements favorables	Services préventifs
Jeune	●	●	●	●	●	●
École	●	●	●	●	●	●
Familles	●	●	●	●	●	●
Communauté	●	●	●	●	●	●

L'école a une influence importante sur le développement et la vie des jeunes. C'est aussi un milieu où on peut les influencer au niveau de leur développement physique, psychologique et social sur une longue période. Les programmes de promotion de la santé et de prévention contribuent à améliorer la réussite académique et, à l'inverse, la réussite académique contribue à l'amélioration de la santé de l'élève. Un élève en bonne santé physique et mentale apprend mieux et, inversement, la probabilité d'être en meilleure santé est plus élevée chez les gens qui disposent d'un niveau plus élevé d'éducation. Dans un tel cadre conceptuel, les programmes de promotion de la santé et de prévention deviennent partie intégrante de la mission éducative de l'école et non une activité à part *(Rowan et autres, 2003)*.

QUELQUES DONNÉES

Une enquête menée en 1998 auprès des élèves de 1re, 3e et 5e secondaire fréquentant les écoles secondaires de la Montérégie *(Bellerose et autres, 2002)* s'est intéressée à certains de leurs comportements et expériences de vie. Elle révèle que :

- 30 % des élèves de 1re secondaire et 40 % de ceux de 3e et 5e secondaire présentaient au moins une des trois caractéristiques suivantes 1) avoir eu certains problèmes de comportements au cours des 6 mois précédents, 2) avoir sérieusement pensé à se suicider au cours des 12 mois précédents, 3) avoir fait usage de drogue et d'alcool au cours des 12 mois précédents, et ce, dans des situations où ils étaient confrontés à une situation personnelle ou sociale difficile *(Bellerose et autres, données non publiées, 2002)*.
- 70 % des élèves de 1re secondaire ne consomment ni tabac, ni alcool, ni drogue. En 3e et 5e secondaire, cette abstinence n'est relevée que chez 34 % et 16 % des jeunes respectivement, les autres consommant au moins l'un ou l'autre de ces produits.
- 36 % des élèves de 1re secondaire sont victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école; 40 % des jeunes vivant des relations amoureuses sont victimes d'une forme quelconque de violence de la part de leur partenaire; 31 % des filles de 5e secondaire ont déjà été victimes de contacts sexuels non désirés (ex. : caresses, baisers, attouchements, relations sexuelles, etc.).

Cette enquête confirme aussi, sur la base des dimensions étudiées, que les filles et les garçons ont des profils différents en matière de facteurs de risque pour la santé et le bien-être.

- Les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à ne pas faire suffisamment d'activités physiques, à faire l'expérience de la cigarette, à être insatisfaites de leur image corporelle et à tenter de perdre ou de contrôler leur poids, à déclarer des pensées ou des gestes suicidaires[21], à être victimes de contacts sexuels non désirés, à subir de la violence sexuelle dans le cadre de leurs relations amoureuses. Cependant, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à boire de l'alcool, à prendre de la drogue, à ne pas porter de casque en vélo ou en patins à roues alignées.
- Les garçons consomment une plus grande quantité de cigarettes et d'alcool, se saoulent plus souvent, consomment plus fréquemment de l'alcool et de la drogue. Ils sont aussi un peu moins nombreux à boucler leur ceinture en auto. De plus, les proportions de jeunes présentant des troubles de conduite ou de jeunes victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école sont plus élevées chez les garçons que chez les filles. Tout comme les filles, les garçons disent être victimes de violence physique ou psychologique dans leurs relations amoureuses.

Enfin, l'enquête identifie quelques facteurs associés à certains de ces comportements, notamment la perception par l'enfant de la relation parents-enfants, la détresse psychologique et le cercle d'amis.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Quelques écoles implantent actuellement École en santé, où le processus de planification des actions en promotion et en prévention est similaire à l'intervention globale et concertée. On note également que de nombreuses autres écoles ont amorcé un processus de planification des actions en concertation avec le CLSC ou avec d'autres partenaires de la communauté, notamment grâce à l'implantation des tables de concertation intersectorielle *À toute jeunesse*. En effet, le milieu scolaire collabore à 69 % des projets présentés à ces tables de concertation *(Vanier et autres, 2002)*. La mise en place de l'intervention globale et concertée pourra donc s'amorcer sur ces acquis. De plus, elle sera soutenue par des mécanismes de concertation aux niveaux national, régional et local, impliquant les milieux de la santé et de l'éducation ainsi que d'autres partenaires, notamment les organismes communautaires *(MEQ, 2003)*. Enfin, pour outiller les milieux à l'implantation de l'intervention globale et concertée, le MEQ et le MSSS rendront disponibles, au printemps 2004, un guide d'implantation et une formation.

[21] Si les conduites suicidaires sont davantage présentes chez les filles que chez les garçons, il faut toutefois rappeler qu'il y a davantage de garçons que de filles qui meurent par suicide.

RÉSULTATS ATTENDUS

- L'intervention globale et concertée sera inscrite dans le *Programme promotion-prévention* des services éducatifs et complémentaires de chaque commission scolaire.
- Les CLSC et les écoles auront amorcé une planification conjointe des actions de prévention en milieu scolaire selon l'intervention globale et concertée.

Note : L'intervention globale et concertée englobe toutes les actions en promotion et prévention réalisées en milieu scolaire. Cependant, certaines actions spécifiques identifiées dans le PNSP doivent y être intégrées de façon prioritaire. Celles-ci se retrouvent dans les résultats attendus qui suivent.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Mettre en place un mécanisme de concertation régionale, conjointement avec la Direction régionale du MEQ; • Soutenir la mise en œuvre (diffusion du guide, formation, élaboration d'outils, etc.).
Direction régionale du MEQ	• Mettre en place un mécanisme de concertation régionale, conjointement avec la Direction de santé publique; • Soutenir la mise en œuvre (diffusion du guide, formation, élaboration d'outils, etc.).
CLSC	• Mettre en place un mécanisme de concertation locale, conjointement avec les commissions scolaires; • Soutenir les commissions scolaires dans l'élaboration du Programme promotion-prévention des services éducatifs et complémentaires; • Voir à la planification des actions à l'aide du guide d'implantation de l'intervention globale et concertée; • Voir à la mise en œuvre des actions planifiées.
Commissions scolaires	• Mettre en place un mécanisme de concertation locale, conjointement avec le CLSC; • Intégrer l'intervention globale et concertée dans son Programme promotion-prévention des services éducatifs et complémentaires; • Soutenir la mise en œuvre (diffusion du guide, formation, élaboration d'outils, etc.).
Écoles	• Voir à la planification des actions à l'aide du guide d'implantation de l'intervention globale et concertée; • Voir à la mise en œuvre des actions planifiées.
Organismes communautaires, milieu municipal et autres partenaires	• Participer à la concertation locale; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre des actions.

Cible 2 enfance-jeunesse

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES HABILETÉS PERSONNELLES ET SOCIALES DES ENFANTS, PARTICULIÈREMENT CEUX DE MILIEUX DÉFAVORISÉS

Afin de favoriser le développement des habiletés sociales des enfants provenant de milieux défavorisés, le PNSP privilégie l'implantation du *Programme Fluppy*[12] auprès des enfants de maternelle et de 1re année. De plus, pour l'ensemble des enfants et des jeunes, il prévoit qu'une campagne de communication sociétale portera sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Fluppy est un programme dont le contenu s'inspire grandement du *Programme expérimental de Montréal* qui a démontré notamment *(Tremblay et autres, 1995)* :

- une diminution des comportements agressifs au primaire et des problèmes d'adaptation psychosociale à l'adolescence;
- une diminution de 60 % du risque d'avoir un diagnostic de trouble des conduites chez les jeunes de 13 ans ayant bénéficié de cette intervention, une diminution de comportements délinquants et de la consommation de drogues ainsi qu'une plus grande probabilité à poursuivre leur cheminement scolaire dans une classe régulière.

Les campagnes de communication ont une place importante dans la planification d'interventions en santé publique. Bien que leur principal objectif soit d'informer, elles visent également à influencer l'environnement par la modification de la norme sociale. Afin de favoriser l'efficacité d'une campagne, il est important d'y associer des interventions plus soutenues auprès des individus dans leur milieu de vie, interventions qui vont assurer la continuité du message.

QUELQUES DONNÉES

- En 1999-2000, dans le réseau des écoles publiques de la Montérégie, 13 % des écoliers du primaire et 18 % des élèves du secondaire présentaient des troubles d'adaptation ou d'apprentissage ou un handicap *(INSPQ, 2001)*.
- En 1999, plus de 6 000 jeunes de 12 à 17 ans ont commis en Montérégie une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois (taux de 6 134 pour 100 000 jeunes) *(INSPQ, 2001)*.
- En Montérégie en 1998, une enquête régionale *(Bellerose et autres, 2002)* indiquait :
  - qu'environ 29 % des garçons et 16 % des filles de 1re, 3e et 5e secondaire, tous niveaux scolaires confondus, avaient eu certains problèmes de comportement au cours des six mois précédents[13];
  - que les proportions de jeunes de 1re, 3e et 5e secondaire qui déclaraient consommer de la drogue presque à chaque semaine étaient respectivement de 5 %, 17 % et 19 %.

[12] Le *Programme Fluppy* comporte une intervention auprès d'un groupe-classe et une autre à la maison, auprès de certains enfants ciblés et de leurs parents. Les critères pour cibler les enfants sont liés à l'isolement social, à l'anxiété, à l'hyperactivité et aux comportements agressifs.

[13] On parle ici de jeunes qui ont déclaré avoir eu, au cours de cette période, trois comportements ou plus parmi les 14 suivants : être resté dehors tard la nuit en dépit des interdictions des parents/avoir fait au moins deux fugues/avoir menacé ou brutalisé souvent d'autres personnes/avoir souvent commencé des bagarres/ avoir utilisé une arme dans une bataille ou pour faire peur/avoir volontairement fait mal à quelqu'un/ avoir maltraité un ou des animaux par exprès/avoir volé en affrontant la personne/ avoir forcé quelqu'un à faire quelque chose de sexuel/ avoir mis le feu pour causer des dommages ou faire mal à quelqu'un/avoir fait du vandalisme/avoir pénétré dans la maison de quelqu'un, un bâtiment ou une voiture en brisant une porte ou une fenêtre/avoir menti fréquemment/avoir volé plus d'une fois sans affronter la personne/ avoir souvent manqué l'école sans raison valable.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement, le *Programme Fluppy* est offert dans quelques territoires de CLSC, mais peu d'écoles défavorisées ont accès à tous les volets du programme. Rappelons également que ce programme doit être mis en œuvre en collaboration avec le milieu scolaire, ce qui nécessitera l'établissement d'une entente préalable (cible enfance-jeunesse – 1). La campagne de communication « Parler, c'est grandir », initiée au niveau provincial, comporte plusieurs activités de soutien qui, au cours des deux dernières années, ont été réalisées dans quelques écoles de la Montérégie.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Tous les volets du *Programme Fluppy* seront implantés en maternelle et première année dans au moins 20 % des écoles primaires ayant un indice de milieu socioéconomique 9 ou 10.
- Des activités visant à soutenir la campagne de communication provinciale axée sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des jeunes et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent, seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, concertation régionale avec le milieu scolaire et les CLSC, distribution de matériel de promotion aux organismes partenaires, etc.).
CLSC	• Mettre en œuvre les volets du *Programme Fluppy* les concernant, conjointement avec les écoles; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale; • Mettre le matériel de promotion à la disposition de leur clientèle.
Écoles primaires	• Mettre en œuvre les volets du *Programme Fluppy* les concernant, conjointement avec le CLSC.
Écoles primaires et secondaires	• Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale; • Mettre le matériel de promotion à la disposition des élèves et des familles.
Commissions scolaires	• Soutenir la mise en œuvre du *Programme Fluppy*; • Soutenir la mise en œuvre d'activités de soutien à la campagne provinciale.
Organismes communautaires	• Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de soutien à la campagne provinciale.

Cible 3 enfance-jeunesse

PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SUICIDE

Au Québec, les problèmes de santé mentale et le suicide chez les jeunes sont des problématiques préoccupantes pour lesquelles il est indispensable d'intervenir adéquatement et précocement.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Pour la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide, une intervention intégrant plusieurs cibles et stratégies a davantage de potentiel d'être efficace *(ONU, 1996; MSSS, 1998)*. Pour l'ensemble de ces problèmes, il est primordial de miser sur des approches axées sur la promotion de la santé mentale tout en privilégiant le développement des habiletés sociales chez les jeunes (cibles enfance-jeunesse – 1 et 2) ainsi que leur soutien social (cible enfance-jeunesse – 1 et cible transversale – 1). De plus, il est important de favoriser des actions ciblant :

- des facteurs associés à la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide dont 1) la sensibilisation des jeunes et des professionnels de la santé et des services sociaux (cible transversale – 2) sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux ainsi que sur la demande d'aide; 2) la diffusion d'information sur les activités et les services existants; 3) la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, incluant la formation des médecins (cible transversale – 2); 4) la formation d'adultes qui, par leur travail ou leur rôle dans la communauté, sont en contact avec les jeunes vulnérables et peuvent reconnaître les jeunes en détresse et les jeunes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide (sentinelles). Il est important de s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne lors de l'implantation de ces actions.
- des facteurs associés à la prévention du suicide dont 1) la réduction de l'accessibilité aux moyens, particulièrement les armes à feu en raison de l'utilisation relativement fréquente de ce moyen et son haut taux de létalité et 2) la réduction de la tolérance sociale du suicide qui est souvent un obstacle majeur à la prévention.

QUELQUES DONNÉES

- Sur une période de trois ans (1997-1999), 22 décès par suicide ont été dénombrés chez les jeunes Montérégiens ayant entre 12 et 17 ans, soit 19 garçons et 3 filles *(MSSS, fichier des décès 1997, 1998, 1999)*.
- Environ 15 % des élèves de 1re, 3e et 5e secondaire déclaraient, en 1998, avoir sérieusement pensé à se suicider au cours des 12 mois précédents. Plus de 40 % d'entre eux indiquaient avoir tenté de s'enlever la vie au cours de cette période[14]. Seulement 13 % de ces jeunes ayant déclaré des pensées ou des gestes suicidaires ont consulté un professionnel à ce sujet (professionnel de la santé ou autre adulte qui donne des conseils) *(Bellerose et autres, 2002)*.
- La consultation de professionnels pour des symptômes de détresse psychologique est peu répandue. En Montérégie, à peine 25 % des jeunes de 1re, 3e et 5e secondaire ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté à ce sujet *(Bellerose et autres, 2002, données non publiées)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

La plupart des actions prévues sont à développer. Cependant, un certain nombre de sentinelles ont déjà été formées dans le cadre du programme régional de formation sur l'intervention auprès des personnes suicidaires. Au niveau des écoles, un réseau d'intérêt regroupant différents intervenants est présent et des actions significatives (entraide par les pairs, équipe de postvention) ont été réalisées. De plus, les actions misant sur une concertation intersectorielle pourront bénéficier de la présence de tables de concertation existantes dans chaque territoire de CLSC. Enfin, le projet *Réseau Ado*[15] est en expérimentation sur deux territoires de CLSC. Rappelons également que les actions de prévention des problèmes de santé mentale et du suicide s'harmoniseront avec l'ensemble des activités prévues auprès des jeunes (cible enfance-jeunesse – 1).

[14] Ces taux, obtenus dans le cadre d'une enquête régionale, sont supérieurs à ceux obtenus pour le Québec dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (Breton et autres, 2002)*. La différence de méthodologie entre les deux enquêtes ne permet pas la comparaison des résultats se rapportant aux idées et aux gestes suicidaires.

[15] Le projet *Réseau Ado* vise à sensibiliser des groupes de jeunes sur les facteurs favorables ou défavorables à la santé mentale.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les jeunes aura été amorcée dans tous les territoires de CLSC, dans le cadre d'une concertation intersectorielle.
- ▣ 25 % des écoles secondaires et 25 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[36].
- ▣ Au moins quatre territoires de CLSC[36] auront participé à l'expérimentation du projet *Réseau Ado*.
- 🅁 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des jeunes (en CLSC, en centres jeunesse ou dans un organisme communautaire) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments.
- 📣 Des activités visant à soutenir la campagne de communication provinciale visant la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'un cadre de référence, d'outils d'intervention, formation, etc.); • Former les intervenants ciblés.
CLSC	• Voir à la mise en œuvre des réseaux de sentinelles[36]; • Soutenir la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale; • Participer[36] à l'expérimentation du projet *Réseau Ado*.
Centres jeunesse	• S'assurer de la présence d'un réseau de sentinelles dans les milieux de réadaptation; • Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale.
Centres de prévention du suicide, centres de crise	• Soutenir la mise en œuvre des réseaux de sentinelles[36]; • Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale; • Soutenir la mise en œuvre des actions, notamment par la formation.
Organismes communautaires, écoles et commissions scolaires	• Collaborer[36] à la mise en œuvre des réseaux de sentinelles et à l'expérimentation du projet *Réseau Ado*; • Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de soutien à la campagne provinciale.
CHSGS	• Collaborer aux activités de soutien à la campagne provinciale.
Pharmaciens	• Collaborer aux réseaux de sentinelles[36]; • Collaborer aux activités de soutien à la campagne provinciale.

[36] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.

Cible 4 enfance-jeunesse

PRÉVENIR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT, LE VIH-SIDA ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C, PARTICULIÈREMENT AUPRÈS DES ADOLESCENTS VULNÉRABLES

Les adolescents vulnérables sont définis par le fait qu'ils fréquentent peu le réseau sociosanitaire ou en raison de leurs comportements ou de leur situation de vie difficile. Ils sont plus à risque de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS) ou d'être infectés par le VIH-sida ou le virus de l'hépatite C (VHC). De façon plus spécifique, on fait référence ici aux jeunes des centres jeunesse, aux jeunes de la rue, aux jeunes prostitués, aux toxicomanes et utilisateurs de drogues injectables, aux jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux jeunes du milieu scolaire inscrits en cheminement particulier et aux jeunes vulnérables fréquentant les organismes communautaires jeunesse.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La *Stratégie de lutte contre le VIH et le sida, les autres infections transmissibles sexuellement et le VHC* est actuellement en élaboration au niveau provincial. Toutefois, pour prévenir les ITS et la transmission du VIH et du VHC chez l'ensemble des jeunes, il est reconnu qu'il faut intervenir à plusieurs niveaux et mettre en oeuvre plusieurs stratégies. On pense notamment à l'éducation à la sexualité incluant des volets traitant de la prévention des ITS (cible enfance-jeunesse – 1), l'accessibilité à des cliniques jeunesse (cible enfance-jeunesse – 5) ainsi que la vaccination contre l'hépatite B (cible enfance-jeunesse – 9) *(MSSS, 2000)*. À ces actions, doivent s'ajouter des interventions plus spécifiques ciblant les jeunes vulnérables telles que la promotion d'attitudes positives face à l'homosexualité, des groupes de soutien pour jeunes gais, le travail de rue et l'accessibilité aux condoms. Enfin, l'accessibilité à du matériel d'injection stérile et au traitement de substitution à la méthadone (cible adultes – 2) ainsi qu'aux services intégrés de dépistage et de prévention (cible adultes – 4) contribuent aussi à prévenir ces infections chez les jeunes.

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie, l'infection à Chlamydia demeure depuis plusieurs années l'infection transmissible sexuellement la plus fréquemment déclarée chez les jeunes *(DSP, 2003)* :
  - en 2002, 213 cas étaient déclarés chez les 17 ans et moins dont 20 cas chez les 5 à 14 ans;
  - le taux d'incidence chez les 17 ans et moins a augmenté de 56 % au cours des cinq dernières années.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Plusieurs actions sont actuellement implantées, mais l'accent sur l'intervention auprès des jeunes vulnérables est à consolider. Près de 50 % des maisons de jeunes et 50 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse ont implanté un programme de prévention des ITS et d'éducation à la sexualité (ex. : *Juste entre nous, Sex-Oh-Fun, Sexprimer*). En 2001-2002, il y a eu des activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie dans cinq territoires de CLSC, mais la récurrence de ces actions n'est pas acquise. Enfin, le travail de rue est implanté dans sept « villes-centre »[17], mais le tout reste à consolider. Cette action est inscrite à la cible-adultes – 4. Rappelons également qu'une étude réalisée auprès des jeunes en Montérégie a démontré que l'accessibilité aux condoms est assurée, mais que la diversité des moyens, notamment pour rejoindre les garçons, reste à développer *(Gilbert et autres, 2002)*.

[17] Les « villes-centre » sont : Longueuil, l'arrondissement Saint-Hubert, Valleyfield, Sorel, Granby, Saint-Hyacinthe et Saint-Jean-sur-Richelieu.

RÉSULTATS ATTENDUS

- L'accessibilité aux condoms sera assurée par de multiples moyens.
- Un programme d'éducation à la sexualité aura été mis en œuvre au moins annuellement dans 50 % des maisons de jeunes et dans 50 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse.
- Des activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie auront été réalisées auprès des jeunes dans huit territoires de CLSC et dans 25 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse.
- Un groupe de soutien ou de discussion sera disponible pour les jeunes ayant une orientation homosexuelle dans au moins deux territoires de CLSC.
- Des activités visant à soutenir une campagne provinciale axée sur la prévention du VIH-sida, du VHC et des ITS auront été réalisées dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (outils de promotion et de sensibilisation, formation, organisation de rencontres d'échanges entre les intervenants, etc.).
CLSC	• Mettre en œuvre des activités visant l'homophobie, la mise en place d'un groupe de soutien ou de discussion pour jeunes gais; • Mettre en œuvre des activités visant l'accessibilité aux condoms; • Réaliser des activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie et de soutien à la campagne provinciale.
Centres jeunesse	• Consolider la mise en oeuvre d'un programme de prévention des ITS, du VIH-sida et du VHC dans les milieux de réadaptation; • Maintenir l'accessibilité aux condoms; • Mettre en œuvre des activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie et des activités de soutien à la campagne provinciale.
Organismes communautaires	• Collaborer à la mise en place de moyens visant l'accessibilité aux condoms; • Favoriser la mise en œuvre d'un programme d'éducation à la sexualité dans les maisons de jeunes et collaborer à la mise en œuvre d'activités de soutien à la campagne provinciale; • Collaborer aux activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie et à la mise en place de groupes de soutien ou de discussion pour les jeunes ayant une orientation homosexuelle.
Écoles et commissions scolaires	• Collaborer à la mise en place de moyens visant l'accessibilité aux condoms; • Collaborer aux activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie; • Mettre en œuvre des activités de soutien à la campagne provinciale.

Cible 5 enfance-jeunesse

PRÉVENIR LES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE

Une grossesse précoce peut entraîner des risques pour la santé de l'adolescente, comme certaines complications obstétricales, surtout chez les moins de 16 ans, ainsi qu'un risque accru d'insuffisance pondérale chez le nouveau-né. On note aussi des répercussions sociales telles que le décrochage scolaire, l'appauvrissement, l'isolement social et affectif.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'accessibilité aux services et aux moyens de contraception, associée à la présence d'un programme d'éducation à la sexualité dans le milieu, permet de prévenir les grossesses à l'adolescence. Ces interventions sont également efficaces pour la prévention des infections transmissibles sexuellement, du VIH-sida et du virus de l'hépatite C (cible enfance-jeunesse – 4) *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994; Kirby, 2001)*. De plus, rappelons qu'une intervention de type *NEGS* ou *PSJP* (cible petite enfance – 1) est efficace pour diminuer la multiparité chez les adolescentes ainsi que la transmission intergénérationnelle de la grossesse à l'adolescence *(Vitaro et autres, 2000)*.

QUELQUES DONNÉES

- Pour la période 1995-1998, le taux annuel moyen de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans a été de 18,6 pour 1 000 en Montérégie *(INSPQ, 2001)*. L'objectif provincial est de le réduire à moins de 15 pour 1 000.
- Les deux tiers de ces grossesses ont été interrompues de façon volontaire, le taux d'interruption volontaire de grossesse chez les adolescentes de cet âge étant de 12,4 pour 1 000 *(INSPQ, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Les cliniques jeunesse sont assez bien déployées sur l'ensemble du territoire ainsi que l'accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU) et aux interruptions volontaires de grossesse (IVG). Actuellement, six dispensateurs[18] assurent une disponibilité du service d'IVG sur tout le territoire montérégien. Des données recueillies en 1999 *(Robitaille, 1999)* indiquent que 50 % des omnipraticiens et des gynécologues ont référé les femmes qui désiraient une IVG en Montérégie, alors que 15 % les ont référées à Montréal et 35 % les ont référées aux deux endroits. En ce qui concerne les programmes d'éducation à la sexualité, ils devront être inclus dans l'intervention globale et concertée (cible enfance-jeunesse – 1) et sont aussi prévus en lien avec la prévention des infections transmissibles sexuellement, du VIH-sida et du virus de l'hépatite C (cible enfance-jeunesse – 4).

[18] Les six dispensateurs d'IVG sont le CH Anna-Laberge, l'Hôpital Charles LeMoyne, le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, le CLSC-CHSLD de la Pommeraie, le CLSC La Presqu'île et le CLSC St-Hubert. Les IVG de 2e trimestre sont effectuées au Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

[19] La clinique jeunesse doit être associée à la présence d'un programme d'éducation à la sexualité dans le milieu.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Une clinique jeunesse[37] sera accessible près des milieux de vie des jeunes au moins 2 demi-journées par semaine dans chaque territoire de CLSC et dans au moins 50 % des écoles secondaires de plus de 1 000 élèves ayant un indice de milieu socio-économique de 7 à 10.
- La contraception orale d'urgence sera accessible dans chaque territoire de CLSC, notamment dans les cliniques jeunesse, auprès de l'infirmière en milieu scolaire et en pharmacie.
- [R] Les services d'interruption volontaire de grossesse du 1er et du 2e trimestre seront accessibles sur l'ensemble du territoire montérégien.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'un cadre de référence et d'outils d'intervention, formation, etc.); • Collaborer à l'organisation des services d'interruption volontaire de grossesse.
CLSC	• Mettre en œuvre une clinique jeunesse dans son territoire et dans les écoles secondaires ciblées; • Participer à l'implantation du réseau de services d'interruption volontaire de grossesse, au besoin; • Mettre en place des moyens pour rendre accessible la contraception orale d'urgence.
CHSGS	• Mettre en place des moyens pour rendre accessible la contraception orale d'urgence; • Participer à l'implantation du réseau de services d'interruption volontaire de grossesse, au besoin.
Cabinets médicaux et GMF	• Collaborer à la mise en place de services de consultation en matière de sexualité, adaptés aux jeunes; • Mettre en place des moyens pour rendre accessibles la contraception orale d'urgence et les services d'interruption volontaire de grossesse.
Centres jeunesse	• Mettre en place des moyens pour rendre accessibles la clinique jeunesse et la contraception orale d'urgence.
Organismes communautaires et pharmaciens	• Collaborer à la mise en place de mesures pour rendre accessible la contraception orale d'urgence.
Commissions scolaires et écoles secondaires	• Soutenir l'implantation d'une clinique jeunesse dans les écoles secondaires de plus de 1 000 élèves ayant un indice de milieu socioéconomique de 7 à 10.

Cible 6 enfance-jeunesse

PROMOUVOIR DE SAINES HABITUDES DE VIE ET PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

L'acquisition de saines habitudes de vie (activité physique, saine alimentation et non-tabagisme) dès le jeune âge facilite leur maintien tout au long de la vie et diminue ainsi le risque d'être atteint d'une maladie chronique.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes est primordial, car les facteurs de risque des maladies chroniques commencent à poindre dès le jeune âge. La sédentarité et l'obésité, en croissance chez les jeunes ainsi que de mauvaises habitudes alimentaires et le tabagisme augmentent les risques de développer une maladie chronique. Les interventions visant à favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie doivent cibler autant les jeunes (connaissances, croyances, attitudes) que leur environnement[40] (accessibilité, structures physique, sociale et politique, organisation des services, normes sociales, etc.).

Les pratiques cliniques préventives de *counselling* concernant l'acquisition de saines habitudes de vie, incluant l'arrêt du tabagisme, contribuent à cette cible d'action (cible transversale – 2). Puisque les maladies chroniques partagent certains facteurs de risque, leur prévention devrait s'effectuer en ciblant, autant que possible, l'ensemble de ces trois habitudes de vie. De plus, la promotion de saines habitudes de vie chez les jeunes doit s'effectuer de concert avec l'intervention globale et concertée (cible enfance-jeunesse – 1), la prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs (cible enfance-jeunesse – 8) et les activités favorisant le développement des communautés (cible transversale – 1). Enfin, la qualité de l'air intérieur et extérieur (cibles santé environnementale – 1 et 3) concourt également à la prévention de certaines maladies chroniques.

Tel qu'indiqué à l'annexe 2, la promotion de saines habitudes de vie contribue également à prévenir d'autres problèmes sociosanitaires.

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie, une enquête menée à l'automne 1998 auprès d'élèves de 1re, 3e et 5e secondaire indique que *(Bellerose et autres, 2002)* :
  - tous degrés scolaires confondus, 47 % des garçons et 65 % des filles n'ont pas fait suffisamment d'activité physique vigoureuse au cours de la semaine précédant l'enquête (i.e. moins de 3 jours). De plus, environ 37 % des garçons et 53 % des filles n'ont pas fait au moins une activité physique modérée à tous les jours ou presque, en dehors du cours d'éducation physique;
  - tous degrés scolaires confondus, 32 % des filles et 28 % des garçons fumaient la cigarette au moment de l'enquête (fumeurs réguliers, occasionnels et débutants). Cependant, trois fumeurs sur cinq déclaraient avoir pensé à cesser au cours des 12 mois précédents, la majorité d'entre eux (81 %) ayant aussi essayé.
- Au Québec, en 2000-2001, 50 % des jeunes de 12-19 ans consomment en moyenne moins de 5 portions de fruits et légumes par jour *(ESCC 2000-2001)*.
- Une enquête québécoise menée en 1999 auprès des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans considère par définition que 15 % des jeunes de chaque âge ont un surplus de poids : de 11 % à 13 % des jeunes présentent de l'embonpoint et de 3 % à 4 % de l'obésité[41]. De plus, 30 % des enfants de 9 ans font des efforts pour perdre du poids; quant aux adolescents, environ le tiers d'entre eux cherchent à contrôler leur poids (33 % et 30 % des 13 ans et 16 ans, respectivement) et un sur cinq tente d'en perdre (22 % et 21 % respectivement) *(Ledoux et autres, 2002)*. On peut craindre que les comportements de restrictions alimentaires souvent adoptés dans ces circonstances se traduisent par une alimentation déséquilibrée.

[40] La création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique, tel que proposé dans le PNSP, implique que ces environnements soient sécuritaires aux niveaux physique, psychologique et social et qu'ils soient accessibles sur le plan des infrastructures et adaptés aux besoins des utilisateurs.

[41] Ces catégories sont définies en tenant compte de l'IMC et de mesures de plis cutanés.

- La même enquête indique que les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire sur lesquels il est possible d'agir apparaissent tôt chez les jeunes Québécois. Une tension artérielle systolique limite ou élevée a été décelée chez 16 % des enfants de 9 ans et chez 22 % et 27 % des jeunes de 13 ans et 16 ans respectivement. À l'âge de 13 ans, 9 % des adolescents présentent au moins deux facteurs de risque modifiables[42]; chez les jeunes de 16 ans, cette proportion est de 19 % *(Paradis et autres, 2002)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Concernant la pratique de l'activité physique, plusieurs municipalités et écoles participent aux projets de Kino-Québec. Le projet « Québec en forme », né de la collaboration de la Fondation Chagnon, du MSSS et du MEQ est prévu être implanté durant l'année scolaire 2003-2004 en Montérégie. Dans une optique de développement d'environnements sécuritaires pour les jeunes qui pratiquent de l'activité physique, une politique de prévention en matière de violence et d'agressions sexuelles dans les sports et les loisirs a été développée en Montérégie en collaboration avec un comité intersectoriel. Quelques municipalités sont actuellement en voie d'implanter cette politique. Cette initiative pour améliorer la sécurité dans les milieux de vie s'inscrit dans le cadre d'activités favorisant le développement des communautés (cible transversale – 1).

Concernant la promotion de saines habitudes alimentaires, peu d'écoles ont actuellement une politique alimentaire en Montérégie. Ces politiques sont donc à promouvoir en attendant la révision des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire au niveau provincial*.

Enfin, pour la cessation tabagique, des centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont récemment été implantés dans tous les CLSC. Une formation sur l'intervention minimale ou brève, faisant partie du *counselling* sur la cessation tabagique, est également disponible. Des activités de communication ont aussi eu lieu l'an dernier dans les milieux scolaires secondaires, lors du concours provincial « J'arrête, j'y gagne ».

RÉSULTATS ATTENDUS

Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Activité physique

▣ 30 % des écoles auront participé à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique.

▣ 75 % des écoles primaires de trois territoires de CLSC ciblés[43], avec un indice de milieu socioéconomique 9 ou 10, auront participé au projet « Québec en forme »[44].

▣ 50 % des municipalités ayant des ressources permanentes en loisir et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisir auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.

Nutrition

▣ 10 % des écoles auront implanté une politique alimentaire.

[R] Les centres jeunesse auront élaboré et adopté une politique alimentaire pour leurs milieux de réadaptation en internat et en auront amorcé l'implantation.

Tabagisme

■ Tous les centres d'abandon du tabagisme auront débuté l'adaptation de leurs services aux jeunes.

■ 80 % des professionnels de la santé du CLSC intervenant auprès des jeunes seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.

[42] Neuf facteurs de risque modifiables sont pris en compte : fumeur régulier, inactivité (ne pas faire d'activité physique tous les jours), obésité, concentration élevée de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL), concentration basse de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL), triglycérides élevés, glycémie limite ou élevée, tension artérielle systolique élevée, tension diastolique élevée.

[43] Les territoires de CLSC ciblés par la Fondation Chagnon sont les CLSC du Havre, Seigneurie de Beauharnois, Huntingdon, Longueuil, des Maskoutains et de la MRC d'Acton.

[44] Le projet Québec en forme vise les enfants issus de famille en situation d'exclusion et de milieux défavorisés. Il favorise et soutient l'implantation d'initiatives suscitant la participation des jeunes à des activités physiques et sportives.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer aux travaux de révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire*; • Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils de promotion et d'intervention, formation, etc.).
CLSC	• Collaborer à l'implantation des politiques alimentaires en milieu scolaire; • Collaborer à la mise en œuvre des activités de promotion de l'activité physique; • Mettre en œuvre de services adaptés aux jeunes dans les centres d'abandon du tabagisme et participer à la formation; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Centres jeunesse	• Élaborer, adopter et amorcer l'implantation d'une politique alimentaire; • Maintenir l'accessibilité à des activités favorisant l'activité physique; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Écoles	• Implanter une politique alimentaire; • Participer à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique; • Participer au projet *Québec en forme* (écoles ciblées); • Promouvoir la cessation tabagique et référer les jeunes aux centres d'abandon du tabagisme; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Commissions scolaires	• Soutenir l'élaboration et l'implantation de politiques alimentaires; • Soutenir la mise en œuvre d'activités de promotion de l'activité physique; • Soutenir la mise en œuvre d'activités de soutien aux campagnes provinciales.
Milieu municipal	• Participer à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.
Organismes communautaires	• Collaborer aux activités de promotion de l'activité physique; • Collaborer à la promotion du recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de soutien aux campagnes provinciales.
Loisir et Sport Montérégie	• Promouvoir et soutenir la mise en œuvre des activités de promotion de l'activité physique.
Fondation Chagnon	• Mobiliser le milieu, soutenir et financer l'implantation du projet « *Québec en forme* ».
Cabinets médicaux, GMF, CHSGS, dentistes et pharmaciens	• Promouvoir le recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer aux activités de soutien aux campagnes provinciales.
Concessionnaires en alimentation	• Appliquer les politiques alimentaires.

Cible 7 enfance-jeunesse

PRÉVENIR LA CARIE DENTAIRE CHEZ LES JEUNES DE 5 À 15 ANS

Le *Programme public de services dentaires préventifs* est implanté depuis près de 10 ans au Québec.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La distribution des caries selon les faces dentaires atteintes chez les enfants montérégiens témoigne du besoin en matière d'application d'agents de scellement, cette pratique clinique préventive étant maintenant reconnue par la littérature comme la plus efficace pour prévenir la carie des puits et sillons *(Ripa, 1993)*. De même, le *counselling* concernant l'hygiène buccodentaire et l'application topique de fluorure ne fait aucun doute quant à son efficacité à protéger contre la carie dentaire, particulièrement chez les populations vulnérables *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*.

QUELQUES DONNÉES

En Montérégie,

- En 2000-2001, près d'un enfant sur cinq, en maternelle, est considéré vulnérable à la carie et 10% ont un besoin évident de traitement *(Galarneau et Trépanier, 2003)*.
- En 1994-1995, plus de 50% de la carie dentaire en denture temporaire se retrouvait chez les enfants de la maternelle. En denture permanente, chez les écoliers de 2e et 6e années, la carie se retrouvait à 80% sur les surfaces avec sillons *(Corbeil et autres, 1996)*.
- Seulement le tiers des écoliers de 2e et 6e années avaient une ou plusieurs faces dentaires permanentes scellées *(Corbeil et autres, 1996)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En Montérégie, le *Programme public de services dentaires préventifs* a été adapté pour faire face aux réalités régionales et comprend :

- le dépistage de tous les enfants de maternelle lors d'une intervention de groupe;
- la référence au cabinet dentaire des enfants qui présentent un besoin évident de traitement;
- le suivi préventif individualisé, de la maternelle à la 3e année, des enfants identifiés à risque de carie dentaire (activités d'éducation et application topique de fluorure) et application d'agents de scellement.

Le programme n'est que partiellement implanté en Montérégie. En 2001-2002, le suivi individualisé a été fait auprès de 53 à 100 % des enfants ciblés, dépendamment des territoires de CLSC *(Galarneau et Trépanier, 2003)*. De plus, l'application d'agents de scellement ne se fait pas dans tous les territoires de CLSC, et sur certains territoires, cette mesure n'est appliquée que partiellement. Rappelons également que des activités visant l'amélioration de la santé buccodentaire de la population montérégienne sont prévues à la cible adultes – 8.

RÉSULTATS ATTENDUS PcP

- 90 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire, dans le cadre de l'application du *Programme public de services dentaires préventifs*, auront bénéficié du suivi préventif individualisé.
- 75 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire, dans le cadre de l'application du *Programme public de services dentaires préventifs*, auront eu l'application d'au moins un agent de scellement.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils, formation, soutien clinique, etc.).
CLSC	• Mettre en œuvre le programme.
Écoles	• Collaborer à la mise en œuvre du programme.
Commissions scolaires	• Soutenir la mise en œuvre du programme.

Cible 8 enfance-jeunesse

PRÉVENIR LES TRAUMATISMES ROUTIERS, RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS

Au Québec, les traumatismes non intentionnels constituent la principale cause de décès chez les jeunes de 5 à 17 ans *(Schaefer, 2003)*.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Selon le PNSP, les facteurs de risque associés aux blessures mortelles ou graves reliées au réseau routier sont la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, la vitesse excessive, l'aménagement routier déficient et la faible utilisation de dispositifs de sécurité (ceinture de sécurité, casque pour cyclistes, etc.). Quant aux blessures d'origine récréative ou sportive, l'absence de port d'équipement de protection ainsi que l'absence ou l'application inadéquate de normes de sécurité concernant les aires de jeu sont les principaux facteurs de risque. L'application de la norme canadienne de sécurité sur les aires de jeu et un meilleur aménagement des surfaces sous les appareils de jeu a permis une diminution de 13 % du nombre de blessures dans les aires de jeu sur l'Île de Montréal *(Robitaille et autres, 1997)*. Le PNSP, tout comme la politique vélo du MTQ et la SAAQ, reconnaissent l'importance d'un aménagement sécuritaire des voies cyclables dans la prévention des traumatismes associés à la bicyclette, particulièrement chez les jeunes *(MTQ, 1993)*. Les pratiques cliniques préventives concernant l'utilisation de dispositifs de sécurité sont également recommandées par le PNSP (cible transversale – 2). D'autres actions prévues concernant la prévention des traumatismes routiers (cible adultes – 9) visent également les jeunes.

QUELQUES DONNÉES

- En extrapolant à partir du taux québécois *(ESS 1998)*, on peut estimer qu'en Montérégie, environ 10 950 enfants de 5 à 14 ans (61,1 pour 100 000) auraient été victimes, sur une période de 12 mois, de blessures ayant entraîné une limitation des activités ou une consultation médicale.
- Ces blessures surviennent à l'école (24 %), dans un lieu de sports ou de loisirs (24 %) ou dans un lieu public (12 %). Autrement, elles ont lieu au domicile (35 %), sur la route (3 %) ou dans un autre lieu (2 %) *(ESS 1998)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Une enquête réalisée en 1997 sur les infrastructures cyclables de la région permettait de constater que seulement 40 % des intersections entre les pistes cyclables et le réseau routier étaient munies d'une signalisation annonçant le passage cycliste. De plus, bien que ce type d'aménagement soit déconseillé par plusieurs instances internationales, à cause des risques d'accidents, 96 % des bandes cyclables présentaient une circulation bidirectionnelle des cyclistes *(Brown et autres, 1998)*. Un programme de promotion de la sécurité dans les aires de jeu est implanté depuis 2000. Cependant, un travail de consolidation reste à faire, particulièrement auprès des écoles. Selon une enquête réalisée en 2000, seulement 20 % des appareils de jeu ont une épaisseur suffisante de matériau amortisseur au sol pour amortir une chute *(Fortier et Sergerie, 2003)*. Les cibles d'action visant à diminuer la consommation d'alcool et de drogues (cibles enfance-jeunesse – 1 et 2 et adultes – 2) contribuent également à prévenir les traumatismes routiers, récréatifs ou sportifs.

RÉSULTATS ATTENDUS

- 10 % des municipalités ayant ou prévoyant des infrastructures cyclables auront planifié des actions pour que ces infrastructures soient conformes aux lignes directrices d'un aménagement cyclable sécuritaire.
- 70 % des municipalités et 50 % des écoles primaires auront planifié des actions pour rendre leurs aires de jeu sécuritaires conformément à la norme.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration de lignes directrices, formation, participation à la définition des mesures, etc.); • Promouvoir les mesures et sensibiliser les partenaires.
CLSC	• Promouvoir les mesures auprès des partenaires.
Écoles	• Appliquer les normes de sécurité existantes à l'égard des aires de jeu.
Commissions scolaires	• Soutenir l'application des normes de sécurité existantes à l'égard des aires de jeu.
Loisir et Sport Montérégie	• Promouvoir et soutenir la réalisation d'aménagements sécuritaires, tant au niveau des aires de jeu qu'au niveau des infrastructures cyclables.
Milieu municipal	• Planifier des actions afin que leurs infrastructures cyclables soient conformes aux lignes directrices en matière de sécurité; • Appliquer les normes de sécurité existantes à l'égard des aires de jeu.

Cible 9
enfance-jeunesse
PRÉVENIR LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Tout comme chez les moins de 5 ans, de nombreuses maladies peuvent être prévenues ou contrôlées chez les enfants et les adolescents par l'immunisation. À ces âges, le calendrier d'immunisation de base est pratiquement complété, sauf en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B et les rappels du calendrier régulier à 14-16 ans.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La vaccination est une mesure de prévention hautement efficace. Avant la fin du secondaire, il est important de faire une vérification de l'immunisation et des doses de rappel pour faire le rattrapage lorsque nécessaire, puisque certaines maladies, comme la coqueluche, entraînent une morbidité importante chez les adolescents. Selon certains travaux effectués en Montérégie *(Perron, 1999; Guay et autres, 1999)*, cette intervention atteint un meilleur taux de couverture vaccinale et est moins coûteuse si elle se réalise en milieu scolaire. Par ailleurs, les enfants ayant des situations médicales particulières doivent également recevoir certains vaccins. Avec l'introduction du vaccin contre la varicelle pour les enfants âgés d'un an, l'épidémiologie de la maladie va se modifier. Il y aura moins de cas de varicelle et le virus circulera moins au sein de la population. Certains cas pourraient survenir chez des enfants plus âgés qui ont un risque de complication plus élevé *(CIQ, 2000)*. Afin de protéger ces jeunes qui n'auraient pas été vaccinés ou qui n'auraient pas fait la maladie, il est prévu de les vacciner lors de campagnes de rattrapage.

QUELQUES DONNÉES

- Depuis 2001, aucun cas d'hépatite B n'a été déclaré chez les moins de 20 ans en Montérégie. Le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4e année a sans doute contribué à ce succès.
- Certaines maladies transmissibles sont toujours présentes. Plus de 100 cas de coqueluche ont été déclarés chez les 5 à 14 ans en 2002 *(DSP, 2003)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

L'application du programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire auprès des élèves de 4e année permet d'atteindre une couverture vaccinale complète (3 doses) supérieure à 90 %. Pour la vaccination en 3e secondaire, des inégalités sont observées dans l'application de la vaccination en milieu scolaire. Les résultats sont donc parcellaires et les taux de couverture vaccinale sont moins élevés (environ 70 % pour le d_2T_5 en 2002-2003). L'implantation d'un système structuré d'information vaccinale (cible maladies transmissibles – 6) facilitera grandement la surveillance des couvertures vaccinales dans le futur.

RÉSULTATS ATTENDUS

- 90 % des élèves de 4e année auront été vaccinés contre l'hépatite B en milieu scolaire.
- 80 % des élèves de 3e secondaire seront vaccinés en milieu scolaire selon les recommandations en matière de vaccination de base.
- Une campagne de vaccination se tiendra en milieu scolaire afin de s'assurer que 95 % des enfants sont protégés contre la varicelle (si ajout au calendrier régulier).
- [R] 80 % des jeunes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* seront vaccinés contre l'influenza et les infections à pneumocoque et 90 % contre l'hépatite B et l'hépatite A.
- Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (production d'outils, formation, distribution des produits immunisants, diffusion du matériel de promotion, etc.); • Promouvoir l'immunisation.
CLSC, cabinets médicaux et GMF	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination et assurer l'accessibilité de ce service; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes de promotion de la vaccination.
Écoles et centres jeunesse	• Collaborer à la mise en œuvre du programme d'immunisation et à la promotion de l'immunisation.
Commissions scolaires	• Soutenir la mise en œuvre du programme d'immunisation en milieu scolaire et la promotion de l'immunisation.
CHSGS, pharmaciens, organismes communautaires et autres partenaires	• Collaborer à la promotion de l'immunisation.

3.2.3 Adultes (18 à 64 ans)

En 2001[45], la Montérégie comptait environ 874 000 adultes âgés entre 18 et 64 ans, ceux-ci représentant 66 % de la population totale *(Payette et Villeneuve, 2001)*.

> *L'hétérogénéité de ce vaste groupe nécessite, dans l'analyse de l'état de santé des adultes, l'identification de sous-groupes différenciés, notamment selon le sexe et l'âge. Par ailleurs, la pauvreté, la sous-scolarisation et l'inactivité économique peuvent également contribuer à identifier des sous-groupes plus vulnérables.*

C'est à l'âge adulte qu'émergent la majorité des maladies chroniques, soit les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires, etc. Les traumatismes routiers, le suicide et certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang constituent également des causes non négligeables de mortalité et de morbidité chez les adultes. Des problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale tels que les troubles anxieux, la dépression, les toxicomanies et la violence conjugale prévalent également chez les adultes.

Les différentes cibles d'action s'adressant à la population adulte visent à prévenir l'ensemble de ces problèmes. Des données sociosanitaires[46] plus précises seront présentées à chacune des cibles d'action. Considérant que ce cycle de vie comporte la plus grande proportion de la population montérégienne, soulignons que certaines cibles d'action visant l'ensemble de la population y sont rattachées. On pense notamment à la sécurité alimentaire et à la fluoruration de l'eau. Enfin, plusieurs cibles d'action visant les adultes s'adressent également aux personnes âgées (alcool et drogues, violence conjugale, traumatismes routiers).

Le milieu de travail constituant un milieu privilégié d'intervention auprès des adultes, certaines actions de promotion et de prévention y sont prévues. Toutefois, la majeure partie des actions en milieu de travail sont celles prévues dans l'entente MSSS-CSST. Celles-ci seront décrites ultérieurement au chapitre traitant des actions de santé en milieu de travail.

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Certaines actions implantées actuellement en Montérégie ne sont pas retenues dans le PNSP. Plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une demande de recherche ou d'avis sur leur efficacité. Les actions actuelles en lien avec ces thèmes sont maintenues dans l'attente des précisions à venir, lesquelles pourront spécifier les ajustements à effectuer au regard des actions en place. Il s'agit notamment :

- des programmes de postvention dans le domaine du suicide.

De plus, le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à ce cycle de vie dont :

- la prévention du suicide;
- l'efficacité des activités axées sur la prévention du jeu pathologique;
- la prévention des blessures récréatives ou sportives et des traumatismes routiers;
- l'efficacité des activités de prévention dans le domaine de la santé mentale;
- les moyens efficaces de prévenir la violence conjugale;
- le dépistage des maladies chroniques.

[45] Selon des prespectives démographiques basées sur le recensement de 1996.
[46] Toutefois, plusieurs des données disponibles concernant les jeunes adultes incluent les 15 à 17 ans.

Cible 1 adultes

PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SUICIDE

Au Québec, les problèmes de santé mentale et le suicide chez les adultes, particulièrement chez les hommes, sont des problématiques préoccupantes pour lesquelles il est indispensable d'intervenir adéquatement et précocement. Une forte association est identifiée entre le suicide et la présence de troubles mentaux.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Pour prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide, une intervention intégrant plusieurs cibles et stratégies accroît le potentiel d'efficacité *(ONU, 1996; MSSS, 1998)*. Une approche axée sur la promotion de la santé mentale misant particulièrement sur le développement des capacités d'adaptation et le soutien social est à privilégier. De plus, il est important de favoriser des actions ciblant :

- des facteurs associés à la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide dont 1) la sensibilisation du public et des professionnels de la santé et des services sociaux (cible transversale – 2) sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux ainsi que sur la demande d'aide; 2) la diffusion de l'information sur les activités et les services existants; 3) la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, incluant la formation des médecins (cible transversale – 2); 4) la formation d'adultes qui, par leur travail ou leur rôle dans la communauté, sont en contact avec les adultes vulnérables et peuvent reconnaître ceux qui sont en détresse ou suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide (sentinelles). Il est important de s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne lors de l'implantation de ces actions.
- des facteurs associés à la prévention du suicide dont 1) la réduction de l'accessibilité aux moyens, particulièrement les armes à feu, à cause de l'utilisation relativement fréquente de ce moyen et son haut taux de létalité et 2) la réduction de la tolérance sociale du suicide qui est souvent un obstacle majeur à la prévention.

D'autres facteurs de risque liés à la problématique du suicide sont traités dans différentes cibles d'action. Il s'agit du soutien social (cible transversale –1), de l'abus d'alcool et de drogues (cible adultes – 2) et des actions pour contrer l'homophobie (cible enfance-jeunesse – 4 et cible adultes – 4).

QUELQUES DONNÉES

- L'ESCC (2002) révèle qu'environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont présenté, au cours des 12 mois précédents, des symptômes associés à un trouble de la santé mentale[47] ou une dépendance à l'alcool ou à une drogue illicite. Les Québécois de cet âge ont entre autres rapporté des symptômes associés à un trouble dépressif majeur dans une proportion de 5 %.
- Les données régionales de l'ESS (1998) indiquent que les jeunes adultes montérégiens ont tendance à avoir une perception plus négative de leur santé mentale que leurs aînés. Ainsi, 12 % des 15-24 ans percevaient leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais comparativement à 7 % des 25-44 ans et des 45-64 ans. Un niveau élevé de détresse psychologique est également attribué à 30 % des personnes de 15-24 ans alors que cette proportion est plutôt de 19 % et 22 % respectivement pour les groupes d'âge 25-44 ans et 45-64 ans. Les jeunes adultes sont aussi particulièrement nombreux à déclarer avoir eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (8 %) (3,3 % chez les 25-44 ans et 2 % chez les 45 ans et plus).
- La mortalité par suicide touche davantage les hommes que les femmes. En Montérégie, pour la période 1994-1998, les taux annuels moyens sont de 26 pour 100 000 chez les hommes et de 6 pour 100 000 chez les femmes *(INSPQ, 2001)*. Chez les adultes, les plus hauts taux de mortalité par suicide sont observés chez les hommes de 25-44 ans atteignant jusqu'à 33 pour 100 000 chez les 25-34 ans en 1997-1998 *(Hamel, 2001)*.
- Chez les Québécois de 18 ans et plus décédés par suicide en 1996, au moins un diagnostic psychiatrique avait été rapporté dans 46 % des cas *(Saint-Laurent et Tennina, 2000)*.

[47] Soit l'un ou l'autre des troubles suivants : Trouble dépressif majeur, manie, panique, anxiété sociale, agoraphobie.

- Quant aux moyens utilisés pour attenter à ses jours, les données québécoises indiquent que :
  - chez les 45 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires, 60 % des femmes et 28 % des hommes (45 % sexes réunis) ont envisagé les médicaments *(ESS 1998)*;
  - pour les suicides survenus chez les 20 à 59 ans en 1999, les hommes ont eu davantage recours à des armes à feu que les femmes (17 % c. 4 %) *(Bureau du Coroner, 2001)*. On estime, par ailleurs, à 6 % le nombre de ménages québécois ayant une arme à feu, de type fusil ou carabine, mal entreposée au Québec *(Lavoie et autres, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Il existe de nombreuses initiatives mises en place par nos partenaires, mais il est difficile d'en faire une description détaillée. Un groupe de travail régional en promotion de la santé mentale et prévention du suicide auprès des hommes a élaboré un projet misant sur des stratégies de sensibilisation et de soutien social visant les communautés et les milieux de travail.

Un plan d'action régional a été élaboré au cours des dernières années. Un programme de formation à l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires a été implanté. Cependant, la formation à dispenser aux sentinelles reste à consolider, et les actions limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments et visant à diminuer la tolérance sociale du suicide sont à développer.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les adultes aura été amorcée sur tous les territoires de CLSC dans le cadre d'une concertation intersectorielle.
- ▣ 25 % des cégeps, des centres d'éducation aux adultes et des centres de formation professionnelle ainsi que 25 % des entreprises de 500 employés et plus pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[48].
- ▣ Au moins 5 territoires de CLSC[48] auront réalisé des activités de sensibilisation du grand public sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux ainsi que sur la demande d'aide des hommes.
- R 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des adultes (professionnels de CLSC ou d'organismes communautaires, policiers) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration de cadres de référence, d'outils d'intervention et de sensibilisation, formation, etc.).
CLSC, centres de prévention du suicide, centres de crise	• Soutenir la mise en place des réseaux de sentinelles[48]; • Soutenir la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Soutenir la mise en œuvre des actions, notamment par la formation; • Réaliser des activités de sensibilisation du grand public[48].
Organismes communautaires, carrefours jeunesse emploi, cégeps, centres d'éducation aux adultes, centres de formation professionnelle et milieux de travail	• Collaborer à la mise en œuvre de réseaux de sentinelles[48]; • Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de sensibilisation du grand public[48].
Policiers	• Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Collaborer aux actions visant à limiter l'accès aux moyens.
CHSGS	• Collaborer aux actions visant à limiter l'accès aux moyens.
Pharmaciens	• Collaborer aux réseaux de sentinelles[48].

[48] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.

Cible 2 adultes

PRÉVENIR LES PROBLÈMES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

La consommation d'alcool et de drogues est associée à plusieurs problèmes de santé et psychosociaux. Différentes mesures sont nécessaires pour prévenir ces problèmes et réduire leurs conséquences.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'alcool est associé à plusieurs problèmes dont la cirrhose du foie, certains cancers, le syndrome d'alcoolisation fœtale, les traumatismes, le suicide et des comportements violents. En ce qui concerne les drogues illégales, elles sont associées à différents problèmes sociaux et de santé, notamment les surdoses *(overdose)*, les MTS, des comportements violents, la criminalité et le suicide. De plus, l'injection intraveineuse de drogues est souvent à l'origine d'infections causées par le VIH, le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C *(MSSS, 2001a)*. Afin de diminuer la consommation d'alcool per capita ainsi que les risques associés à cette consommation, le *counselling* (cible transversale – 2) et la réduction de l'accessibilité à l'alcool sont deux mesures auxquelles on donne priorité dans le PNSP. Afin de prévenir les conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à une consommation inappropriée d'alcool et de drogues, d'autres interventions sont également requises. L'implantation de programmes visant la consommation réfléchie d'alcool est prévue à partir de 2006 dans le PNSP. Étant donné que le traitement à long terme à la méthadone est efficace pour diminuer la consommation illicite d'opiacés, les risques de contracter des infections dont la transmission est liée à l'utilisation des drogues par voie intraveineuse, réduire la criminalité qui y est associée et favoriser une réinsertion sociale, l'accessibilité à de tels programmes est privilégiée *(Collège des médecins du Québec, 1999)*. Finalement, les mesures visant à prévenir les infections liées à l'utilisation de drogues injectables sont traitées à la cible adultes – 4.

QUELQUES DONNÉES

- L'alcool est mis en cause dans 45 % des accidents de la route ayant causé la mort, 54 % des homicides involontaires et 50 % des suicides *(MSSS, 2001b)*.
- En Montérégie, en 1998, 85 % des 15 ans et plus déclaraient boire de l'alcool comparativement à 80 % en 1993. Près de 9 % des buveurs montérégiens du même groupe d'âge consommaient régulièrement de l'alcool (≥ 14 consommations par semaine) et la même proportion s'enivraient au moins cinq fois par an, ce dernier phénomène étant toutefois près de trois fois plus fréquent (25 %) chez les 15 à 24 ans *(ESS 1998)*.
- Au Québec, le groupe des 15 à 24 ans est deux fois plus nombreux à consommer de la marijuana ou d'autres drogues que les adultes plus âgés (14 % comparativement à 6 %) *(ESS 1998)*.
- En 2002, une forte probabilité de dépendance à l'alcool a été décelée chez environ 1,9 % des Québécois de 15 ans et plus. La même année, des symptômes associés à une dépendance à au moins une drogue illicite étaient présents chez moins d'un pourcent des Québécois de 15 ans et plus *(ESCC 2002)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En Montérégie, l'intervention reliée aux toxicomanies a fait l'objet d'une planification régionale de services intégrés *(RRSSSM, 2003)*. Dans la région, cinq municipalités ont adopté une politique de gestion de l'alcool dans les lieux publics. Le *Programme de maintien à la méthadone et autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés* est implanté à l'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Charles-LeMoyne, en collaboration avec le centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage. L'UMF assure le suivi d'une centaine de personnes et comptait en 2001, une liste d'attente de 80 personnes. Par ailleurs, selon les données de la RAMQ (2002) *(MSSS, 2003c)*, 36 médecins ayant un site de pratique en Montérégie auraient prescrit de la méthadone à des personnes assurées au régime d'assurance-médicament, 59 pharmaciens en auraient facturée et 216 personnes en auraient reçue durant l'année 2001.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Une politique municipale sur la gestion de l'alcool dans les lieux publics ainsi que des mesures de réduction de l'accessibilité physique et légale à l'alcool seront adoptées dans au moins cinq nouvelles municipalités.
- Le *Programme de maintien à la méthadone et aux autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés* sera implanté dans au moins quatre territoires de CLSC.

Note : Le PNSP propose d'autres actions pour prévenir la conduite avec facultés affaiblies (ex. : services de raccompagnement, formation des serveurs, etc.) et implanter des programmes de consommation modérée d'alcool à partir de 2006. On ne donne pas priorité à ces actions dans le PAR 2004-2007 mais on pourrait le faire localement.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (production d'outils d'intervention, formation, etc.).
CLSC	• Promouvoir les politiques municipales sur la gestion de l'alcool et les mesures limitant l'accès à l'alcool; • Mettre en œuvre les recommandations en matière de prescription de la méthadone ou autres drogues de substitution (équipe médicale).
Cabinets médicaux et GMF	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de prescription de la méthadone et autres drogues de substitution.
CHSGS	• Collaborer au *Programme de maintien à la méthadone et aux autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés.*
Centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage	• Coordonner l'ensemble du *Programme de maintien à la méthadone et aux autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés.*
Pharmaciens	• Distribuer la méthadone ou autres drogues de substitution selon les lignes directrices.
Organismes communautaires et autres partenaires	• Collaborer à la promotion des services de maintien à la méthadone ou autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés.
Milieu municipal et policiers	• Adopter et appliquer une politique municipale sur la gestion de l'alcool ainsi que des mesures en limitant l'accessibilité.

Cible 3 adultes

PRÉVENIR LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES

La violence conjugale est un problème de santé publique important. Les études se sont surtout intéressées à la violence conjugale vécue par les femmes et ont démontré que celle-ci affecte le bien-être et la santé de tous les membres de la famille. Ses conséquences sont nombreuses : céphalées, avortements spontanés, prématurité des bébés, bébés de petit poids, mauvaises habitudes de vie, grossesses non désirées, infection transmissible sexuellement, état de stress post-traumatique *(Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995)*, recours fréquents (18 à 20 %) aux services d'urgence des hôpitaux *(Cadrin, cité dans Bélanger et Charbonneau, 1995)*, décès *(MSP, 2002b)*. Quant à la violence conjugale envers les hommes, elle demeure peu étudiée à ce jour et devrait faire l'objet de recherches particulières afin de mieux cerner son importance et ses conséquences. À cause de la complexité de la problématique et de son incidence élevée, la prévention en ce domaine nécessite certainement une variété de mesures et d'actions.

Les agressions sexuelles représentent un problème grave, car elles peuvent mettre en danger la vie et la sécurité des personnes. Elles ont des conséquences nombreuses et durables sur le développement, la santé et le bien-être des victimes. Le fait d'avoir subi une agression sexuelle dans le passé serait le point de départ d'un cycle de violence sexuelle à risque de se perpétuer tout au long de la vie *(Tourigny et Lavergne, 1995)*. Certaines recherches *(Riou et autres, 2003)* estiment que dans 70 % à 85 % des cas, les victimes connaissent leur agresseur. Ce rapport intime entre l'agresseur et la victime rend la détection et la prévention difficiles. Également, plusieurs mythes entachent ces problématiques et la stigmatisation qu'elles engendrent constitue trop souvent une barrière à la prévention.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Malgré les difficultés rattachées à la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles, la mise en place d'actions influant sur des facteurs tels que l'environnement (cible transversale – 1), la norme sociale et les pratiques cliniques préventives (cible transversale – 2) s'avère essentielle. Dans cette perspective, les campagnes de communication sociétales sont un moyen efficace pour rejoindre les populations et influencer les attitudes et les comportements des individus. La littérature démontre par ailleurs que pour être efficaces, ces campagnes doivent être appuyées par des mesures de renforcement et par des mesures de coercition *(Christoffel et Gallagher, date inconnue)*.

Par ailleurs, selon une enquête menée dans des CLSC de la Montérégie *(Rinfret-Raynor et Turgeon, 1999)*, les femmes victimes de violence consultent les ressources formelles et informelles pour divers problèmes de santé et la majorité d'entre elles ont fréquenté leur CLSC de trois à cinq ans avant l'identification de la violence conjugale. Il est donc important de favoriser l'identification précoce de la violence. Le PNSP prévoit une telle action, à partir de 2006.

La violence conjugale et les agressions sexuelles étant associées à plusieurs autres problématiques psychosociales (santé mentale, suicide, négligence, toxicomanie, délinquance, isolement social, etc.), rappelons que d'autres cibles du plan d'action contribuent aussi à sa prévention, par exemple les actions favorisant le développement optimal des enfants vivant dans des familles défavorisées (cible petite enfance – 1), l'intervention globale et concertée en milieu scolaire (cible enfance-jeunesse – 1), les actions visant le développement des habiletés personnelles et sociales des enfants (cible enfance-jeunesse – 2), la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues (cible adultes – 2). Enfin, le PNSP prévoit réaliser des activités de recherche sur ces problématiques et sur les moyens efficaces de les prévenir.

QUELQUES DONNÉES[49]

- En 1998, 6 % des Québécoises de 18 ans et plus ayant vécu au moins deux mois au sein d'un couple hétérosexuel déclaraient avoir été victimes de violence physique de la part de leur conjoint durant l'année précédente, alors que 7 % rapportaient avoir été victimes de violence sexuelle et 13 % auraient subi des conduites contrôlantes ou humiliantes *(Riou et autres, 2003)*.
- Selon la même enquête, seulement 10 % des femmes ayant subi de la violence physique de la part de leur conjoint au cours de la dernière année auraient signalé le fait à la police. Moins de 20 % des conjointes victimes de violence physique ou sexuelle auraient demandé de l'aide auprès d'un service du réseau de la santé et des services sociaux durant l'année précédant l'enquête *(Riou et autres, 2003)*.
- Des données sur les hommes victimes de violence conjugale ont été recueillies dans le cadre d'une enquête sur la victimisation menée en 1999 auprès de canadiens et canadiennes de 15 ans et plus. Selon la définition de cette enquête[50], 7 % des personnes mariées ou vivant en union libre ont été victimes d'une forme de violence physique ou sexuelle aux mains d'un partenaire actuel ou antérieur au cours des cinq années précédentes. Les taux pour les hommes et les femmes sont sensiblement les mêmes (7 % et 8 %). L'étude indique cependant que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être l'objet de violence plus grave et plus chronique *(Mihorean et autres, 2001)*.
- Par ailleurs, la même enquête permet d'estimer qu'au Québec, 21 personnes de 15 ans et plus sur 1 000 ont été victimes de délits à caractère sexuel[51] au cours des 12 mois précédents, ce taux étant de 16 pour 1 000 chez les femmes. Seulement 13 % de l'ensemble de ces incidents auraient été signalés aux autorités policières *(Laroche, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Un mécanisme régional de concertation intersectorielle est en place respectivement sur les problématiques de la violence conjugale et des agressions sexuelles depuis plusieurs années. Leur travail a porté notamment sur le soutien de la mise en œuvre des mesures du *Plan d'action de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale*, des *Priorités nationales de santé publique* et des *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*. Par exemple, des protocoles de collaboration intersectorielle pour les victimes de violence conjugale ont été établis sur chacun des territoires et des formations ont été offertes aux intervenants sur différents aspects.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Des activités visant à soutenir la campagne de communication sociétale portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles seront mises en œuvre sur tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, concertation intersectorielle pour planifier des activités régionales de soutien à la campagne, distribution de matériel de promotion, etc.).
CLSC	• Planifier et mettre en œuvre des activités locales de soutien à la campagne.
Organismes communautaires	• Collaborer à la planification et à la mise en œuvre des activités de soutien à la campagne.
CHSGS, cabinets médicaux, GMF et pharmaciens	• Collaborer aux activités de soutien à la campagne.
MSP, ministère de la Justice, MEQ, centres d'éducation aux adultes, centres de formation professionnelle, cégeps	• Réaliser des activités de soutien à la campagne.

[49] De façon générale, le portrait de la violence conjugale peut être fort variable selon le contexte de l'enquête et l'approche utilisée lors de sa réalisation puisque ces facteurs influencent la façon dont les personnes déclarent les comportements dans le couple *(Riou et autres, 2003)*. Il faut aussi mentionner que des différences peuvent résulter des diverses dimensions mesurées et des indicateurs utilisés.

[50] Échelle à 10 énoncés, dont la gravité varie des menaces à l'agression sexuelle.

[51] Les agressions à caractère sexuel sont définies comme une activité sexuelle forcée, une tentative d'activité sexuelle forcée, des attouchements sexuels non désirés, le fait d'être empoignée ou caressée contre son gré.

Cible 4 adultes

PRÉVENIR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT, LE VIH-SIDA ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C PARTICULIÈREMENT AUPRÈS DES ADULTES VULNÉRABLES

Malgré les progrès faits au cours des dernières années, les infections transmissibles sexuellement (ITS), le VIH-sida et le virus de l'hépatite C (VHC) sont toujours des problèmes importants de santé publique. La *Stratégie de lutte contre le VIH-sida, les autres infections transmissibles sexuellement et le VHC*, en élaboration actuellement, a déjà identifié plusieurs groupes vulnérables, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI), les personnes incarcérées, les personnes originaires de pays endémiques, les travailleurs du sexe, les jeunes adultes, les jeunes femmes en difficulté ainsi que les autochtones.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Pour les groupes vulnérables, les actions efficaces pour prévenir la transmission de ces infections sont l'éducation à la santé pour diminuer les relations sexuelles non protégées, le travail de rue, l'accessibilité à du matériel d'injection stérile, l'accessibilité à des traitements de substitution à la méthadone (cible adultes – 2), la notification des partenaires (cible maladies transmissibles – 4) et les services intégrés de dépistage et de prévention, incluant le *counselling* préventif et la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B *(MSSS, 2000)*.

QUELQUES DONNÉES

En Montérégie en 2002 *(DSP, 2003)*[52] :

- Avec 1 092 cas déclarés chez les 18-64 ans, l'infection à *Chlamydia* est l'ITS la plus fréquemment déclarée chez les adultes, et ce, particulièrement chez les jeunes adultes puisque 59 % des cas avaient entre 18 et 24 ans. On remarque une tendance à la hausse des taux d'incidence de cette infection au cours des dernières années.
- 96 cas de gonorrhée ont été déclarés. La situation est particulièrement inquiétante, son taux d'incidence ayant augmenté de 53 % entre 2001 et 2002. Chez les jeunes de 18 à 24 ans, cette augmentation était de 125 % entre 2001 et 2002.
- 18 cas de sida ont été déclarés. En 1997, le sida figurait au quatrième rang des causes de mortalité chez les Montérégiens de 18 à 44 ans *(Blackburn, 2000)*. Le sida n'est plus un aussi bon reflet de l'épidémiologie du VIH qu'autrefois, notamment en raison de l'amélioration de l'efficacité des traitements. Depuis que l'infection au VIH est à déclaration obligatoire au Québec, soit depuis le 18 avril 2002, 36 cas ont été déclarés en Montérégie.
- Le nombre de cas d'hépatite C déclarés annuellement diminue, 345 cas ayant été déclarés en 2002. Ce nombre est passé de 2 cas en 1992 à 451 cas en 2000. La hausse fulgurante de l'incidence de l'hépatite C pourrait être associée à plusieurs phénomènes, notamment à une meilleure surveillance et à la transmission rapide de l'infection chez les UDI. Parmi les cas déclarés en 2002, 86 % étaient âgés entre 25 et 59 ans et 71 % étaient des hommes.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Durant les cinq dernières années, diverses actions ont été menées en Montérégie visant la prévention de ces infections notamment le dépistage et la vaccination dans les milieux de vie et dans les organismes communautaires œuvrant auprès des groupes vulnérables dans six territoires de CLSC[53] (projets Accès-IP, Accès-IP-communautaire et IP-Virage), un *Programme d'accessibilité aux seringues* (76 centres d'accès ont été répertoriés en 2002) et la présence de travailleurs de rue dans les « villes-centre »[54]. En ce qui concerne la récupération des seringues souillées dans le cadre du *Programme d'accessibilité aux seringues*, le taux de récupération de seringues souillées en

[52] Données MADO en date du 1er avril 2003.
[53] Les territoires de CLSC sont Longueuil-Est, Longueuil-Ouest, du Havre, de la Haute-Yamaska, des Maskoutains et Seigneurie-de-Beauharnois.
[54] Les « villes-centre » sont Longueuil, l'arrondissement St-Hubert, Valleyfield, Sorel, Granby, St-Hyacinthe et St-Jean-sur-Richelieu.

2001-2002 était de 35 % en Montérégie comparativement à environ 75 % au Québec *(Noël et autres, 2002)*. Toutes ces actions sont à consolider, soit parce que leur développement est récent, soit parce que leur implantation n'est pas uniforme.

Cependant, les interventions dans les cégeps, les centres d'éducation aux adultes et les centres de formation professionnelle sont à développer.

RÉSULTATS ATTENDUS PCP

- Au moins une activité de prévention aura eu lieu dans les différents milieux de vie des groupes vulnérables, soit les centres d'éducation aux adultes, les centres de formation professionnelle, les cégeps, les saunas, les campings gais et le milieu carcéral.
- Tous les sites actuels d'accès aux seringues maintiendront leur participation au programme[55].
- La proportion de seringues souillées récupérées dans le cadre du *Programme d'accès aux seringues* aura augmenté à 75 %.
- Au moins deux travailleurs de rue seront présents dans sept « villes-centre ».
- Les services existants de dépistage et de prévention du VIH-sida, des ITS et du VHC seront conformes au panier de services défini dans le cadre de référence provincial[56].
- R Les deux établissements de détention provinciaux auront implanté au moins une mesure visant la réduction des méfaits en lien avec l'usage de drogues injectables.
- Des activités visant à soutenir une campagne provinciale axée sur la prévention du VIH-sida, du VHC et des ITS auront été réalisées sur tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (outils de promotion et de sensibilisation, formation, organisation de rencontres d'échanges entre les intervenants, etc.).
CLSC	• Soutenir la mise en œuvre des activités de prévention dans les centres d'éducation aux adultes, les centres de formation professionnelle et les cégeps; • Mettre en œuvre des mesures concernant l'accessibilité aux condoms et aux seringues, la récupération et la disposition des seringues souillées et les services intégrés de dépistage et de prévention; • Réaliser des activités de soutien à la campagne provinciale.
CHSGS	• Mettre en œuvre des mesures d'accès aux seringues ainsi que de récupération et de disposition des seringues souillées; • Collaborer aux activités de soutien à la campagne provinciale.
Pharmaciens	• Mettre en œuvre des mesures d'accès et de récupération des seringues.
Organismes communautaires	• Collaborer à la mise en œuvre d'activités visant l'accessibilité aux condoms et aux seringues, le travail de rue et la prévention dans les milieux de vie; • Collaborer aux activités de soutien à la campagne provinciale.
Centres d'éducation aux adultes, centres de formation professionnelle, cégeps et autres milieux	• Favoriser la réalisation d'une activité de prévention des ITS, du VIH-sida et du VHC dans leur établissement; • Réaliser des activités de soutien à la campagne provinciale.
Centres de détention provinciaux	• Favoriser la réalisation d'une activité de prévention des ITS, du VIH-sida et du VHC dans leur établissement; • Mettre en œuvre des mesures de réduction des méfaits.

[55] Les sites actuels d'accès aux seringues sont répartis sur tous les territoires de CLSC.

[56] Le cadre de référence se nomme « Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales ».

Cible 5 adultes

PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES CHEZ LES JEUNES ADULTES

Bien qu'une grossesse non désirée puisse survenir à tout âge durant la vie d'une femme, les taux d'interruption volontaire de grossesse chez les Montérégiennes indiquent que les besoins en matière de contraception semblent plus importants chez les jeunes femmes de moins de 25 ans.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'acquisition de connaissances et l'accessibilité à la contraception orale d'urgence (COU) ainsi qu'aux services d'interruption volontaire de grossesse sont des moyens efficaces pour prévenir les grossesses non désirées. En effet, il semble qu'une utilisation plus répandue de la contraception orale d'urgence pourrait prévenir 50 % des grossesses non planifiées ainsi que 50 % des interruptions volontaires de grossesse *(Glasier, cité dans Bérubé, 1999)*.

QUELQUES DONNÉES

En Montérégie, pour la période 1995 à 1998 *(INSPQ, 2001)* :

- le taux de grossesse était de 65 pour 1 000 chez les femmes de 18 et 19 ans;
- le taux d'interruption volontaire de grossesse annuel moyen pour 1 000 femmes est de :
  - 34 chez les 18 à 19 ans;
  - 35 chez les 20 à 24 ans;
  - 23 chez les 25 à 29 ans;
  - 13 chez les 30 à 34 ans.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement, six dispensateurs[57] assurent la disponibilité de services d'interruption volontaire de grossesse sur tout le territoire. Des données recueillies en 1999 *(Robitaille, 1999)* indiquent que 50 % des omnipraticiens et des gynécologues ont référé les femmes qui désiraient une interruption volontaire de grossesse en Montérégie, alors que 15 % les ont référées à Montréal et 35 % les ont référées aux deux endroits. Quant à l'accessibilité à la contraception orale d'urgence, cette mesure devra être consolidée auprès des médecins, des pharmaciens et des CLSC.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ La contraception orale d'urgence sera accessible sur chaque territoire de CLSC notamment dans les services de santé et en pharmacie.
- Ⓡ Les services d'interruption volontaire de grossesse du 1er et du 2e trimestre seront accessibles sur l'ensemble du territoire montérégien.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils d'intervention, formation, analyse de l'accessibilité, etc.); • Collaborer à l'organisation des services d'interruption volontaire de grossesse.
CLSC et CHSGS	• Mettre en place des moyens pour rendre accessible la contraception orale d'urgence; • Participer à l'implantation du réseau de services d'interruption volontaire de grossesse, au besoin.
Pharmaciens, cabinets médicaux et GMF	• Mettre en place des moyens pour rendre accessible la contraception orale d'urgence.

[57] Les six dispensateurs dispensateurs d'IVG sont le CH Anna-Laberge, l'Hôpital Charles LeMoyne, le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, le CLSC-CHSLD de la Pommeraie, le CLSC La Presqu'île et le CLSC St-Hubert. Les IVG du 2e trimestre sont effectuées au Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

Cible 6 adultes

PROMOUVOIR DE SAINES HABITUDES DE VIE ET PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

Le terme « maladies chroniques » fait ici référence à plusieurs problèmes de santé notamment aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux maladies pulmonaires chroniques, à l'asthme, à l'ostéoporose, au diabète, à l'obésité et aux maladies parodontales.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Bien que certains facteurs de risque reliés aux maladies chroniques ne soient pas modifiables (âge, sexe, génétique, origine ethnique, antécédents familiaux), d'autres facteurs liés aux habitudes de vie (activité physique, saine alimentation, non tabagisme) permettent de retarder et même d'éviter ces maladies. Il est aussi possible d'influencer le cours de ces maladies en contrôlant des facteurs biologiques ayant une importance sur leur apparition (dyslipidémie, hypertension artérielle, obésité).

La prévention des maladies chroniques doit principalement s'intensifier autour de trois grands objectifs visant la promotion de l'activité physique, la promotion d'une saine alimentation et la diminution du tabagisme. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose et 65 % des cancers sont attribuables à ces trois habitudes de vie *(MSSS, 2003a)*. L'obésité, l'hypertension artérielle et les dyslipidémies sont liées aux habitudes alimentaires et à l'activité physique, tandis que l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont étroitement liés au tabagisme. De plus, la diminution du tabagisme contribue à prévenir les maladies parodontales (cible adultes – 8) ainsi qu'à améliorer la qualité de l'air intérieur associée à différents problèmes respiratoires (cible santé environnementale – 3).

Dans une perspective d'approche intégrée, la promotion de saines habitudes de vie doit privilégier un éventail d'activités telles que l'éducation à la santé, la création d'environnements favorables[58] et l'organisation des services préventifs, notamment les pratiques cliniques préventives (cible transversale – 2).

Considérant que l'environnement psychosocial et l'environnement physique sont également associés aux maladies chroniques, des actions visant à améliorer les conditions de vie (cible transversale – 1), les milieux de travail (cible santé au travail – 1) ainsi que la qualité de l'environnement (cible santé environnementale – 1) sont complémentaires à cette cible d'action. Finalement, l'alcool étant associé à plusieurs maladies chroniques, notamment certains cancers, les interventions contribuant à diminuer la consommation d'alcool (cible adultes – 2) concourent à l'atteinte de cette cible.

Enfin, les activités de dépistage des maladies chroniques doivent être encouragées (cible transversale – 2). Des activités de recherche sont prévues à l'échelle provinciale afin, notamment, d'identifier des stratégies efficaces dans le but d'améliorer l'organisation et la prestation de services pour la détection précoce et le traitement des maladies chroniques et de définir des modèles qui intègrent les services de première ligne et les actions dans les milieux de vie *(MSSS, 2003a)*.

QUELQUES DONNÉES

- En 1997, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire représentaient les deux premières causes de mortalité chez les 45 à 64 ans de la Montérégie *(Blackburn, 2000)*.
- En 2000-2001, 5 % des Montérégiens de 15 ans et plus ont déclaré souffrir de maladies cardiaques et 14 % indiquaient être atteints d'hypertension *(ESCC 2000-2001)*.
- Environ 4,9 % des Montérégiens de 20 ans ou plus seraient atteints de diabète *(Emond, 2002)*.

[58] La création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique, telle que proposée dans le PNSP, implique que ces environnements soient sécuritaires aux niveaux physique, psychologique et social et qu'ils soient accessibles sur le plan des infrastructures et adaptés aux besoins des utilisateurs.

- En Montérégie, la prévalence de l'excès de poids a augmenté de façon significative entre 1987 et 1998 chez les adultes de tous les groupes d'âge, atteignant maintenant de 19 % des 15 à 24 ans à 36 % des 45 à 64 ans (comparativement à 10 % et 28 % en 1987) *(ESS 1998)*.
- En 1998, moins d'un Montérégien sur quatre (23 %) âgé de 15 ans ou plus disait faire de l'activité physique régulièrement (au moins trois séances d'activité physique par semaine). Cette proportion diminue à 16 % chez les 25 à 44 ans *(ESS 1998)*.
- 51 % des Montérégiens de 12 ans et plus consomment moins de cinq portions de fruits et légumes chaque jour *(ESCC 2000-2001)*.
- Le tabagisme demeure la principale cause de mortalité prématurée au Canada *(MSSS, 2003a)*. En 1998, environ le tiers des adultes montérégiens étaient des fumeurs réguliers, cette proportion ayant toutefois significativement diminué chez les 45 à 64 ans entre 1987 et 1998 (35 % comparativement à 28 %) *(ESS 1998)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En Montérégie, la promotion de l'activité physique se fait actuellement auprès de certains milieux de travail et auprès des municipalités. Par contre, les activités concernant la promotion d'une saine alimentation sont peu nombreuses et restent à développer. Des états de situation portant sur la sécurité alimentaire ont été réalisés en 2003 dans l'ensemble des territoires de CLSC. Ces derniers faciliteront l'identification des milieux nécessitant d'améliorer l'accès à des aliments sains et nutritifs. Au niveau de la cessation tabagique, des centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont récemment été implantés dans tous les CLSC. Une formation sur l'intervention minimale ou brève, faisant partie du *counselling* antitabagique, est également disponible. Des interventions dans le cadre du concours national « J'arrête, j'y gagne » ont lieu depuis plusieurs années dans différents milieux de vie, dont les entreprises. Le dépistage du cancer du sein fait l'objet d'une cible d'action spécifique (cible adultes – 7). En matière de prévention des cancers, un plan régional d'interventions et de services intégrés de lutte contre le cancer est prévu pour 2004.

RÉSULTATS ATTENDUS

▣ 15 % des milieux de travail de plus de 100 employés auront :

- mis en place, pour leurs employés, des programmes et des environnements favorisant la pratique de l'activité physique;
- implanté une politique alimentaire;
- réalisé une intervention de promotion de la cessation tabagique.

Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Activité physique

▣ 50 % des municipalités ayant des ressources permanentes de loisirs et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisirs auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.

Nutrition

■ Au moins une action concertée visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé sera implantée dans tous les territoires de CLSC.

▣ Au moins 10 % des centres d'éducation aux adultes, des centres de formation professionnelle et des cégeps auront implanté une politique alimentaire.

Tabagisme

■ Les services de cessation tabagique seront accessibles dans tous les CLSC.

■ Deux activités de promotion de la cessation tabagique auront lieu annuellement dans chaque territoire de CLSC.

■ 80 % des professionnels de la santé des CLSC intervenant auprès des adultes seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer aux travaux de révision de la Politique québécoise en matière de nutrition; • Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils de promotion et d'intervention, formation, etc.).
CLSC	• Soutenir l'implantation de politiques alimentaires en milieu de travail et les activités en sécurité alimentaire; • Collaborer à la promotion de l'activité physique; • Consolider les centres d'abandon du tabagisme, participer aux formations et réaliser des activités de promotion de la cessation tabagique; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Cabinets médicaux, GMF, CHSGS, dentistes et pharmaciens	• Promouvoir le recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer aux activités de soutien aux campagnes provinciales.
Organismes communautaires	• Collaborer aux activités visant la création d'environnements sécuritaires favorables à l'activité physique; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre des activités visant la sécurité alimentaire; • Collaborer à la promotion du recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de soutien aux campagnes provinciales.
Milieux de travail	• Implanter une politique alimentaire; • Promouvoir le recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Mettre en place des programmes et des environnements favorisant la pratique de l'activité physique; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Centres d'éducation aux adultes, centres de formation professionnelle et cégeps	• Implanter une politique alimentaire; • Promouvoir le recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Milieu municipal	• Participer à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales; • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités visant la sécurité alimentaire.

Cible 7 adultes

RÉDUIRE LA MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES DE 50 À 64 ANS

Au Québec, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) invite toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans à avoir une mammographie à tous les deux ans.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Le dépistage par mammographie et l'examen clinique des seins sont des pratiques cliniques préventives efficaces *(Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage de masse par mammographie appliqué à de larges populations peut réduire la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (cible transversale – 2).

QUELQUES DONNÉES

- Après le cancer du poumon, le cancer du sein occupe le deuxième rang des causes de mortalité par cancer chez les femmes. Il s'agit du cancer le plus souvent diagnostiqué chez ces dernières *(INSPQ, 2001)*.
- Le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans était de 317 cas pour 100 000 au Québec en 1999 *(MSSS, fichier des tumeurs 1999)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En Montérégie, le PQDCS a démarré son implantation en 1998. En 2001, 51 % des Montérégiennes âgées entre 50 et 64 ans ont participé au programme. Bien que ce taux de participation soit supérieur à la période 1998-2000 (46 %), ce résultat reste toutefois inférieur à l'objectif visé de 70 % *(DSP, données 2001 compilées)*. Actuellement, l'accent doit être mis sur la consolidation du volet portant sur l'assurance-qualité, tout en soutenant les activités de recrutement et de promotion de la participation.

RÉSULTATS ATTENDUS R P

R 70 % des femmes admissibles participeront au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et auront eu une mammographie de dépistage aux deux ans.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Recruter les femmes admissibles et promouvoir la participation; • Consolider le volet du programme portant sur l'assurance-qualité; • Soutenir la mise en œuvre (formation, soutien à la certification des centres de dépistage, à l'organisation des services de dépistage, d'investigation, d'entraide et de transport, rétroactions).
Cliniques radiologiques et CHSGS accrédités	• Effectuer les examens de dépistage et d'investigation; • Utiliser le système d'information; • Participer aux actions visant l'assurance de la qualité.
CLSC, cabinets médicaux et GMF	• Promouvoir le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*; • Assurer l'examen et le suivi des patientes.
Organismes communautaires	• Collaborer à la mise en œuvre des volets de soutien, d'entraide et de transport.
Pharmaciens	• Promouvoir le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.

Cible 8 adultes

AMÉLIORER LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DE LA POPULATION MONTÉRÉGIENNE

La fluoruration des eaux de consommation consiste à ajuster la teneur en fluorure de l'eau potable à un niveau associé à des effets bénéfiques pour la santé dentaire. Puisqu'elle rejoint l'ensemble de la population, cette mesure permet également de rejoindre plus facilement les populations défavorisées.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La fluoruration de l'eau demeure le moyen de prévention des caries coronaires et radiculaires le plus efficace, le plus équitable et le plus rentable *(Guide d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)*. Quant aux maladies parodontales, le tabagisme est un facteur de risque modifiable associé à ce problème de santé buccodentaire (cible adultes – 6). Enfin, les pratiques cliniques préventives reliées à la santé buccodentaire (cible transversale – 2) et le *Programme public de services dentaires préventifs* (cible enfance-jeunesse – 7) concourent à l'amélioration de la santé buccodentaire.

QUELQUES DONNÉES

- Certaines données concernant les jeunes ont déjà été présentées (cible enfance-jeunesse – 7).
- En 1994-1995, environ 74 % des Québécois âgés de 35 à 44 ans présentaient un problème parodontal majeur, soit au moins une dent ayant une poche gingivale de 4 mm ou plus *(Brodeur et autres, 1998)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement en Montérégie, quatre municipalités participent au Programme de fluoruration de l'eau de consommation, ce qui représente environ 6 % de la population montérégienne *(Blackburn et Gaudreau, communication personnelle)*.

RÉSULTATS ATTENDUS PCP

R 75 % des municipalités ayant un réseau de distribution d'eau auront été rencontrées pour la promotion des mesures optimales de fluoruration.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Promouvoir les mesures de fluoruration; • Soutenir la mise en œuvre (élaboration de protocoles d'entente, etc.).
CLSC	• Collaborer à la promotion des mesures de fluoruration.
Milieu municipal	• Participer au *Programme de fluoruration de l'eau de consommation*.
MENV	• Appuyer l'adoption de la réglementation concernant la fluoruration des eaux.

Cible 9 adultes

PRÉVENIR LES TRAUMATISMES ROUTIERS

Malgré des gains importants concernant la prévention des traumatismes routiers au cours des dernières années, ils demeurent une des principales causes de décès chez les jeunes adultes.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les principaux facteurs de risque liés aux traumatismes routiers sont la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool (cible adultes – 2), la vitesse excessive, les aménagements routiers déficients et la faible utilisation d'équipement de protection (ex. : ceinture de sécurité chez les passagers arrière). Une des actions privilégiées dans le PNSP est l'aménagement sécuritaire du réseau routier, tant au niveau des infrastructures cyclables (cible enfance-jeunesse – 8) que des voies de circulation. La concertation et l'action intersectorielle propres aux activités de développement des communautés (cible transversale – 1) sont également des stratégies recommandées pour améliorer la sécurité dans les milieux de vie *(Comité intersectoriel sur la sécurité dans les milieux de vie, 1999)*.

QUELQUES DONNÉES

En Montérégie, le taux brut de mortalité pour les occupants de véhicules moteur est de 7 pour 100 000[59] et le taux brut d'hospitalisation est de 51 pour 100 000[60]. Les 15 à 24 ans sont particulièrement à risque, leur taux de mortalité en tant qu'occupant de véhicules moteur étant quatre fois supérieur à celui des 45 à 64 ans (16 décès comparativement à 4 décès pour 100 000). Cependant, les 25 à 64 ans comptent pour près de 50 % de l'ensemble des décès chez les occupants de véhicules moteur *(Hamel, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Des interventions portant sur la sécurité des infrastructures du réseau routier et cyclable, sur la prévention de l'alcool au volant et sur la promotion d'équipements de protection (ex. : casque de vélo) ont été réalisées au cours des dernières années. Considérant l'adoption d'une nouvelle législation concernant le « virage à droite sur feu rouge », des actions reliées à l'application de cette nouvelle législation sont à développer afin d'assurer des comportements et des environnements sécuritaires.

[59] Période de référence : 1997-1998
[60] Période de référence : 1997-1999

RÉSULTATS ATTENDUS

R Toutes les municipalités auront été sensibilisées aux critères d'exclusion du virage à droite sur feu rouge (VDFR).

R Tous les schémas d'aménagement des MRC, en phase de consultation, auront été vérifiés en fonction des critères de la sécurité des aménagements du réseau routier.

R Un projet d'identification et de priorisation des sites dangereux du réseau routier municipal sera réalisé à l'échelle régionale.

Note : La mise en œuvre d'activités pour renforcer les lois et règlements portant sur la conduite d'automobiles ou d'embarcations avec facultés affaiblies et pour promouvoir les mesures de sécurité et de contrôle concernant les sports de glisse est prévue à partir de 2006 dans le PNSP. Toutefois, on pourrait donner priorité à ces activités localement.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Promouvoir les mesures et sensibiliser les partenaires; • Réaliser l'identification des sites dangereux du réseau routier et effectuer la priorisation, en collaboration avec ses partenaires; • Soutenir la mise en œuvre (formation, diffusion de l'information, élaboration d'outils, etc.); • Effectuer au besoin la révision des schémas d'aménagement des MRC concernant la sécurité du réseau routier.
CLSC	• Soutenir la promotion des critères d'exclusion auprès des municipalités; • Collaborer au projet ciblant les sites dangereux du réseau routier.
Milieu municipal	• Appliquer les critères d'exclusion du virage à droite sur feu rouge; • Collaborer à l'identification des sites dangereux du réseau routier municipal.
MTQ	• Soutenir l'identification des sites dangereux du réseau routier.

Cible 10 adultes

PRÉVENIR LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Les vaccins recommandés de façon systématique chez l'adulte sont peu nombreux. Il s'agit, entre autres, des rappels du vaccin contre la diphtérie et le tétanos et du vaccin contre l'influenza à répéter annuellement à partir de 60 ans. D'autres groupes de personnes peuvent recevoir le ou les vaccins indiqués (hépatite A et B, rage, influenza, pneumocoque). Il s'agit, notamment, des personnes qui sont davantage à risque de contracter une infection, des travailleurs, des voyageurs, etc.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La vaccination est une mesure de prévention hautement efficace. La vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque est indiquée chez les adultes atteints de maladies chroniques. Parmi les groupes d'individus à risque de contracter une infection, on retrouve les toxicomanes pour la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B, les personnes présentant une immunosuppression pour la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et les étudiants en médecine vétérinaire pour la vaccination préexposition contre la rage. Plusieurs vaccins sont également offerts aux voyageurs.

QUELQUES DONNÉES

- Avec seulement 12 cas déclarés en 2002, l'incidence de l'hépatite A en Montérégie est à son plus bas niveau depuis 1992 *(DSP, 2003)*.
- Le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë tend également à diminuer. Celle-ci demeure toutefois très fréquente chez les adultes de 25 à 59 ans (84 % des hépatites B chroniques et 85 % des hépatites B aiguës en 2002), surtout chez les hommes (61 % des cas en 2002) *(DSP, 2003)*.
- En Montérégie, au moins une trentaine de cas d'infections bactériennes, virales ou parasitaires déclarées en 2001 seraient reliées à un voyage *(DSPPE, 2002c)*. Il en serait de même pour au moins 20 cas déclarés en 2002 *(DSP, 2003)*.
- Le taux de couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre l'influenza est passé de 18 % en 1998-1999 à 34 % en 2002-2003 *(DSP, données non publiées)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Au contraire des personnes âgées, les adultes atteints de maladies chroniques sont peu rejointes par la vaccination contre l'influenza dans notre région. Par exemple, on estime qu'en 2001-2002, seulement 23 % des personnes âgées entre 6 mois et 59 ans souffrant de maladies chroniques ont été vaccinées. La couverture vaccinale pour l'influenza est de 39 % chez les 60 à 64 ans. L'implantation d'un système structuré d'information vaccinale (cible maladies transmissibles – 6) facilitera grandement l'évaluation des couvertures vaccinales. Enfin, les services offerts par les cliniques santé-voyage sont disponibles dans quatre CLSC[61] mais couvrent l'ensemble de la population de la région. La Montérégie est particulièrement impliquée dans la vaccination préexposition contre la rage, notamment, par le fait que la seule école de médecine vétérinaire au Québec se retrouve sur son territoire.

[61] Les quatre CLSC sont le CLSC-CHSLD de la Pommeraie, le CLSC Seigneurie de Beauharnois, le CLSC Samuel-de-Champlain et le CLSC-CHSLD des Maskoutains.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] 80 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables reconnus seront vaccinés contre l'hépatite A, l'hépatite B, les infections à pneumocoque et l'influenza.

[R] 90 % des adultes visés par la vaccination préexposition auront reçu le vaccin contre la rage.

Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, production d'outils, distribution des produits immunisants, diffusion du matériel de promotion, etc.); • Promouvoir l'immunisation et le recours aux cliniques santé-voyage; • Coordonner les cliniques santé-voyage.
CLSC, cabinets médicaux et GMF	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination et assurer l'accessibilité de ce service; • Planifier des activités en soutien aux campagnes de promotion de la vaccination.
Agences de voyage	• Référer les voyageurs à une clinique santé-voyage.
Milieux de travail, cégeps, centres d'éducation aux adultes et centres de formation professionnelle	• Offrir la vaccination aux personnes ciblées.
CHSGS, organismes communautaires, pharmaciens et autres partenaires	• Collaborer à la promotion de l'immunisation.

3.2.4 Personnes âgées (65 ans et plus)

La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus se perçoivent en bonne ou très bonne santé (79 %) *(ESS 1998)*.

> ***LA POSSIBILITÉ DE RETARDER, ÉVITER OU ATTÉNUER DE NOMBREUX PROBLÈMES DE SANTÉ REQUIERT QUE L'ON MAINTIENNE, À CE CYCLE DE VIE, UNE APPROCHE ÉNERGIQUE DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION QUI FAVORISE UN VIEILLISSEMENT DE QUALITÉ, LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ET LA PARTICIPATION ACTIVE DES AÎNÉS À LA SOCIÉTÉ.***

En 2001[62], la Montérégie comptait environ 150 000 personnes âgées de 65 ans ou plus (11 % de la population totale) dont 41 % étaient âgées de 75 ans et plus *(Payette et Villeneuve, 2001)*. En 1996, 91 % des aînés vivaient en ménage privé. Cependant, cette proportion diminue rapidement avec l'âge passant de 97 % chez les 65 à 74 ans à 58 % chez les 85 ans et plus. Par ailleurs, la proportion d'aînés vivant seuls augmente avec l'âge, passant de 22 % chez les 65 à 74 ans à 36 % chez les 75 ans et plus, ce phénomène étant plus prononcé chez les femmes. Notons également que les personnes âgées, plus particulièrement les femmes (28 %), constituent le groupe de population qui vit le plus fréquemment sous le seuil de faible revenu en Montérégie *(Sauvageau, 2003)*.

En Montérégie, le développement de l'intervention en matière de promotion et de prévention à l'intention des aînés situe notre région à l'avant-garde des régions du Québec dans ce domaine. Depuis 1996, l'action régionale de santé publique à l'intention des personnes âgées découle des orientations prises dans le *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées (RRSSSM, 1996)*. Les interventions mises de l'avant s'inscrivaient dans la perspective de l'objectif 18 de la *Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)* « Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées ». Découlant également de cette planification, trois projets régionaux ainsi qu'une soixantaine de projets locaux ont été mis en œuvre sur l'ensemble des territoires de CLSC dans le cadre des subventions « Personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) ». Les problématiques visées par ces projets sont le soutien aux aidants naturels, le bon usage des médicaments, l'intégration sociale, la prévention de l'abus et de la négligence, la prévention des chutes et la promotion de saines habitudes de vie (nutrition, activité physique et santé buccodentaire). En juin 2002, la Direction de santé publique publiait, après une vaste consultation auprès de ses partenaires, le cadre de référence *Pour les aînés de la Montérégie : un art de vivre en santé, une qualité de vie* dans le but de soutenir l'action de promotion et de prévention auprès des aînés *(DSPPÉ, 2002b)*.

Il est à noter que les activités visant la prévention de la violence conjugale (cible adultes – 3), des traumatismes routiers (cible adultes – 9) et des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues (cible adultes – 2) ciblent également les personnes âgées.

[62] Selon les projections démographiques du recensement de 1996.

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Certaines actions implantées actuellement en Montérégie ne sont pas retenues dans le PNSP. Plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une demande de recherche ou d'avis sur leur efficacité. Les actions actuelles en lien avec ces thèmes sont maintenues dans l'attente des précisions à venir, lesquelles pourront spécifier les ajustements à effectuer au regard des actions en place. Il s'agit notamment :

- du programme « *Les médicaments : Oui… Non… Mais!* », aussi appelé « *En santé après 50 ans* », visant à promouvoir de saines habitudes de vie et l'utilisation judicieuse des médicaments dont les psychotropes;
- des activités de soutien aux aidants naturels;
- des ateliers de nutrition dans l'attente de la révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition.*

De plus, le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à ce cycle de vie dont :

- la prévention des chutes;
- l'efficacité des activités axées sur la prévention du jeu pathologique;
- la prévention de l'usage inapproprié de médicaments;
- la prévention de la démence;
- l'efficacité des activités de prévention dans le domaine de la santé mentale;
- le dépistage des maladies chroniques.

Cible 1
personnes âgées
PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SUICIDE

Les problèmes de santé mentale et le suicide chez les personnes âgées méritent une attention particulière devant faire l'objet d'activités préventives.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Tel que présenté précédemment, une forte association est identifiée entre le suicide, la détresse et la présence de troubles mentaux. Pour prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide, une intervention intégrant plusieurs cibles et stratégies accroît le potentiel d'efficacité *(ONU, 1996; MSSS, 1998)*. Une approche axée sur la promotion de la santé mentale, misant particulièrement sur le développement des capacités d'adaptation et le soutien social, est à privilégier. De plus, il est important de favoriser des actions ciblant :

- des facteurs associés à la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide dont 1) la sensibilisation du public et des professionnels de la santé et des services sociaux (cible transversale – 2) sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux ainsi que sur la demande d'aide des personnes âgées; 2) la diffusion de l'information sur les activités et les services existants; 3) la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, incluant la formation des médecins (cible transversale – 2); 4) la formation d'adultes qui, par leur travail ou leur rôle dans la communauté, sont en contact avec les personnes âgées vulnérables et peuvent reconnaître celles qui sont en détresse ou suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide (sentinelles). Il est important de s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne lors de l'implantation de ces actions.
- des facteurs associés à la prévention du suicide dont 1) la réduction de l'accessibilité aux moyens, particulièrement les armes à feu, à cause de l'utilisation relativement fréquente de ce moyen et son haut taux de létalité et 2) la réduction de la tolérance sociale du suicide qui trop souvent est un obstacle majeur à sa prévention.

QUELQUES DONNÉES

- En 1998, 11 % des aînés montérégiens présentaient un niveau élevé de détresse psychologique et 6 % percevaient leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais *(ESS 1998)*.
- Selon l'étude réalisée à la DSP de Montréal-Centre, la présence d'un trouble anxieux a été décelée chez environ 2 % des personnes de 65 ans et plus au cours des 12 mois précédant l'enquête *(Fournier et autres, 2002)*. Par ailleurs, environ 5 % des aînés québécois présenteraient des symptômes compatibles avec un risque accru de dépression clinique *(ESCC 2000-2001)*.
- Le taux de suicide chez les Montérégiens de 65 ans et plus (20 décès pour 100 000) demeure préoccupant *(Hamel, 2001)*.
- Les hommes âgés sont beaucoup plus nombreux à se suicider que les femmes *(Hamel, 2001)*.
- Les aînés québécois ont davantage recours à l'arme à feu que les groupes plus jeunes (23 % chez les 60 ans et plus comparativement à 15 % chez les 40 à 59 ans et 17 % chez les 20 à 39 ans) *(Bureau du Coroner, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Un plan d'action régional a été élaboré au cours des dernières années. Un programme régional de formation à l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires a été implanté. Depuis 5 ans, un projet de formation de sentinelles auprès des aînés de son territoire est implanté par un centre de prévention du suicide et pourrait être généralisé dans la région. La formation auprès des professionnels reste à consolider en ce qui concerne la prévention des problèmes de santé mentale. De plus, les actions limitant l'accessibilité aux armes à feu et aux médicaments ainsi que les interventions visant à réduire la tolérance sociale du suicide sont à développer. Par ailleurs, plusieurs projets communautaires visant à contrer l'isolement social des aînés sont implantés actuellement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les personnes âgées aura été amorcée sur tous les territoires de CLSC dans le cadre d'une concertation intersectorielle.
- ▣ Au moins 5 territoires de CLSC pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[63] auprès des personnes âgées.
- ▣ Au moins 5 territoires de CLSC[63] auront réalisé des activités de sensibilisation du grand public sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux et diffusé l'information sur les activités et les services qui sont offerts.
- [R] 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des personnes âgées (professionnels des CLSC et d'organismes communautaires) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (élaboration de cadres de référence, d'outils d'intervention et de sensibilisation du grand public, formation, etc.); • Former les intervenants ciblés.
CLSC, centres de prévention du suicide, centres de crise	• Soutenir la mise en place des réseaux de sentinelles[63]; • Soutenir la démarche concernant la tolérance sociale du suicide; • Réaliser des activités de sensibilisation du grand public[63]; • Soutenir la mise en œuvre, notamment par la formation.
Organismes communautaires, milieux de vie des aînés, CHSLD	• Collaborer à la mise en place des réseaux de sentinelles[63]; • Participer à la démarche concernant la tolérance sociale du suicide. • Collaborer à la planification et à la mise en œuvre d'activités de sensibilisation du grand public[63].
Pharmaciens	• Collaborer aux réseaux de sentinelles[63].

[63] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.

Cible 2 personnes âgées

PROMOUVOIR DE SAINES HABITUDES DE VIE ET PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES

L'espérance de vie ne cesse de progresser chez les personnes âgées. Toutefois, il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, il faut aussi augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi, les actions en matière de promotion de saines habitudes de vie chez les personnes âgées demeurent toujours pertinentes afin d'améliorer leur qualité de vie et de retarder ou même éviter l'apparition de maladies chroniques. La période d'incapacités ou de maladies en fin de vie pourrait ainsi être réduite par la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation ainsi que par la diminution du tabagisme.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Plusieurs organismes provinciaux, nationaux et internationaux (INSPQ, Kino-Québec, Santé Canada, les Centers for Disease Control, l'Union internationale pour la promotion et l'éducation à la santé) recommandent un ensemble d'actions pour les personnes âgées afin de promouvoir de saines habitudes de vie et de diminuer les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Parmi ces actions, on privilégie notamment la création d'environnements favorables[64] pour augmenter le niveau d'activité physique, l'implantation de politiques alimentaires pour améliorer la valeur nutritive des repas offerts dans les résidences pour personnes âgées et par des organismes communautaires, l'accessibilité à des aliments sains en quantité suffisante (cible transversale – 1) et le *counselling* pour favoriser l'abandon du tabagisme. Les actions proposées s'appuient sur le concept d'une approche intégrée de prévention des maladies chroniques. Cette approche reconnaît des facteurs de risque modifiables et communs aux principales maladies chroniques. Enfin, les activités de dépistage des maladies chroniques doivent être encouragées (cible transversale – 2). Des activités de recherche sont prévues à l'échelle provinciale afin, notamment, d'identifier des stratégies efficaces en vue d'améliorer l'organisation et la prestation de services pour la détection précoce et le traitement des maladies chroniques et de définir des modèles qui intègrent les services de première ligne et les actions dans les milieux de vie *(MSSS, 2003a)*.

QUELQUES DONNÉES

- En 2000-2001, 20 % des aînés québécois ont déclaré souffrir de maladies cardiaques, 13 % de diabète et 38 % d'hypertension *(ESCC 2000-2001)*.
- La prévalence de l'excès de poids tend à augmenter chez les Montérégiens de 65 ans et plus, passant de 26 % en 1987 à 34 % en 1998 *(ESS 1998)*.
- En 1998, 55 % des aînés montérégiens étaient sédentaires (3 activités physiques et moins par mois). La situation semble se détériorer puisqu'en 1992-1993, seulement 45 % des aînés étaient sédentaires *(ESS 1998)*.
- En 1998, 7 % des aînés montérégiens qualifiaient leurs habitudes alimentaires de moyennes ou mauvaises. De plus, 29 % mangent habituellement seuls à la maison, ce qui les rend plus vulnérables à un déséquilibre alimentaire et peut signaler un certain degré d'isolement social *(ESS 1998; DSPPÉ, 2002b)*.
- En 1998, 17 % des aînés montérégiens étaient des fumeurs réguliers *(ESS 1998)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Plusieurs projets portant sur la promotion de saines habitudes de vie existent actuellement en Montérégie. On retrouve, notamment, trois projets locaux en activité physique et deux autres en nutrition. Le *Programme Les médicaments : Oui… Non…Mais!* s'adressant aux personnes autonomes âgées de 50 ans et plus est déployé dans l'ensemble des territoires de CLSC depuis 1997. Au-delà de l'usage judicieux des médicaments, ce programme fait la promotion de saines habitudes de vie. Au niveau de l'alimentation, les actions visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs

[64] La création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique, tel que proposé dans le PNSP, implique que ces environnements soient sécuritaires aux niveaux physique, psychologique et social et qu'ils soient accessibles sur le plan des infrastructures et adaptés aux besoins des utilisateurs.

contribuent à ce que les aînés s'alimentent mieux (cible adultes – 6 et cible transversale – 1). Au niveau de la cessation du tabagisme, des centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont récemment été implantés dans chaque CLSC. Cependant, les activités de promotion en lien avec ces centres sont à consolider.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Activité physique

- ▣ 50 % des résidences privées de 75 résidents et plus et 25 % des CHSLD auront participé à un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.
- ▣ Toutes les municipalités avec des ressources permanentes en loisirs et 25 % des organismes communautaires ciblés auront été sensibilisés à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés.

Nutrition

- ▣ 50 % des résidences privées de 75 résidents et plus et 25 % des organismes communautaires offrant des repas à domicile auront implanté une politique alimentaire.

Tabagisme

- ■ Tous les centres d'abandon du tabagisme auront adapté leurs services pour les personnes âgées.
- ■ 80 % des professionnels de la santé intervenant auprès des personnes âgées, en CLSC et en CHSLD, seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer aux travaux de révision de la Politique québécoise en matière de nutrition; • Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils de promotion et d'intervention, formation, etc.);
CLSC	• Soutenir l'implantation des politiques alimentaires; • Collaborer à la promotion de l'activité physique; • Adapter l'offre de service des centres d'abandon du tabagisme aux aînés; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Cabinets médicaux, GMF, CHSGS, dentistes et pharmaciens	• Promouvoir le recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer aux activités de soutien aux campagnes provinciales.
Milieux de vie des aînés, CHSLD et résidences privées	• Participer à un programme de promotion de l'activité physique de Kino-Québec; • Élaborer, adopter et appliquer une politique alimentaire (résidences privées); • Promouvoir la cessation tabagique, participer aux formations sur l'intervention minimale brève et offrir du soutien à la cessation; • Planifier et mettre en œuvre des activités de soutien aux campagnes provinciales.
Organismes communautaires	• Collaborer aux activités de promotion de l'activité physique; • Collaborer à la promotion du recours aux services des centres d'abandon du tabagisme; • Collaborer à la planification et la mise en œuvre d'activités de soutien aux campagnes provinciales.
Milieu municipal	• Offrir des services et rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés.

Cible 3 personnes âgées

PRÉVENIR LES CHUTES

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux chutes accidentelles. Les conséquences des chutes accidentelles sont parfois graves, allant de l'incapacité temporaire ou permanente jusqu'au décès.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Bien que certaines chutes ne soient reliées qu'à une seule cause, la plupart d'entre elles paraissent résulter de la conjonction de plusieurs facteurs individuels ou environnementaux. Ces facteurs incluent notamment l'arthrite, les symptômes dépressifs, l'hypotension, les problèmes cognitifs, de vision, d'équilibre, de posture et de force musculaire, la consommation de quatre médicaments et plus et l'aménagement non sécuritaire ou non adapté de l'environnement. Le fait d'avoir déjà chuté constitue un indicateur important de la présence possible de risques chez un individu.

Les interventions préconisées pour la prévention des chutes, bien que différentes selon le niveau d'autonomie des personnes âgées et leur milieu de vie, se doivent d'être multifactorielles et adaptées aux conditions particulières de chaque individu. Les principales mesures touchent l'état de santé et la capacité physique (ex. : l'équilibre et la force musculaire), les comportements (ex. : la consommation de médicaments et la prise de risque) et l'environnement (à domicile et à l'extérieur).

Au niveau provincial, des recommandations d'un comité d'experts sur la prévention des chutes auprès des personnes âgées sont attendues pour l'automne 2003.

QUELQUES DONNÉES

- Entre 1997 et 1998, près des deux tiers de tous les décès par traumatismes non intentionnels survenus chez les Montérégiens de 65 ans et plus étaient reliés à une chute *(Hamel, 2001)*.
- Annuellement, on recense en moyenne 81 décès[65] et 1 545 hospitalisations[66] attribuables à des chutes chez les aînés de la Montérégie *(Hamel, 2001)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Deux projets locaux sur la prévention des chutes existent actuellement en Montérégie. Un programme régional en matière de prévention des chutes sera développé à partir des recommandations provinciales et sera implanté éventuellement dans l'ensemble des territoires de CLSC.

RÉSULTATS ATTENDUS PCP

- Un programme régional de prévention des chutes destiné aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute, sera implanté progressivement dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Élaborer et promouvoir le programme; • Soutenir la mise en œuvre (élaboration d'outils, formation, etc.).
CLSC	• Mettre en œuvre le programme.
Organismes communautaires, CHSGS, CHSLD, cabinets médicaux, GMF, pharmaciens, milieux de vie des aînés	• Collaborer à la mise en œuvre du programme.

[65] Période de référence : 1997-1998.
[66] Période de référence : 1997-1999.

Cible 4
personnes âgées

RÉDUIRE LA MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES DE 65 À 69 ANS

En plus des femmes de 50 à 64 ans (cible adultes – 7), le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)* cible les femmes âgées de 65 à 69 ans. Par ailleurs, la mammographie et l'examen clinique des seins sont indiqués chez les femmes de 70 ans et plus en bonne santé.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

En raison de leur âge, les femmes de 65 à 69 ans sont plus à risque de développer un cancer du sein et pourtant ce sont elles qui participent le moins aux activités de dépistage.

QUELQUES DONNÉES

- Le risque de présenter un cancer du sein s'accroît jusqu'à l'âge de 80 ans.
- D'autres données concernant le cancer du sein ont été présentées à la cible adultes – 7.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En 2001, 42 % des Montérégiennes âgées entre 65 et 69 ans ont participé au PQDCS. Ce taux de participation est inférieur à celui des 50 à 64 ans (51 %) et bien en deçà de l'objectif visé (70 %) par le programme *(DSP, données 2001 compilées)*. C'est pourquoi l'intensification des activités de recrutement auprès des femmes de ce groupe d'âge est une action privilégiée du programme en Montérégie.

RÉSULTATS ATTENDUS R&P

R 70 % des femmes admissibles de 65 à 69 ans participeront au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et auront eu une mammographie de dépistage aux deux ans.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Mettre en place des activités pour favoriser la participation des femmes de 65 à 69 ans; • Consolider le volet du programme portant sur l'assurance-qualité; • Soutenir la mise en œuvre (formation, rétroactions, soutien à la certification des centres de dépistage ainsi qu'à l'organisation des services de dépistage, d'investigation, d'entraide et de transport).
Cliniques radiologiques et CHSGS accrédités	• Effectuer les examens de dépistage et d'investigation; • Utiliser le système d'information; • Participer aux actions visant l'assurance-qualité.
CLSC, cabinets médicaux et GMF	• Promouvoir le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*; • Assurer l'examen clinique et le suivi des patientes.
Organismes communautaires	• Collaborer à la mise en œuvre des volets de soutien, d'entraide et de transport.
Pharmaciens, milieux de vie des aînés dont les CHSLD	• Promouvoir le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.

Cible 5 personnes âgées

PRÉVENIR LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Certaines maladies évitables par l'immunisation revêtent une importance particulière chez les personnes âgées, notamment, l'influenza et les infections invasives à pneumocoque.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les personnes âgées sont plus à risque de complications sérieuses et de décès à la suite d'influenza et d'infections à pneumocoque.

QUELQUES DONNÉES

- On estime que plus de 90 % des décès attribuables à la pneumonie et à la grippe surviennent chez les personnes de 65 ans et plus *(Centers for Disease Control and Prevention, 1999)*.
- Annuellement, on estime qu'au Québec, plus de 5 000 hospitalisations et plus de 100 décès sont causés par les infections graves à pneumocoque *(MSSS, 1999)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En 2002, la couverture vaccinale contre l'influenza était de 57 %. Depuis l'instauration de la gratuité, en 1999, pour la vaccination contre le pneumocoque, 51 300 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été vaccinées, soit environ le tiers d'entre elles. Enfin, l'implantation d'un système structuré d'information vaccinale (cible maladies transmissibles – 6) facilitera grandement l'évaluation des couvertures vaccinales.

RÉSULTATS ATTENDUS

- 80 % des personnes de 65 ans et plus seront vaccinées annuellement contre l'influenza.
- 80 % des personnes de 65 ans et plus auront reçu le vaccin contre les infections à pneumocoque.
- Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre (formation, production d'outils, distribution des produits immunisants, diffusion du matériel de promotion, etc.); • Promouvoir l'immunisation.
CLSC, CHSGS, CHSLD, cabinets médicaux et GMF	• Mettre en œuvre les recommandations en matière de vaccination et assurer l'accessibilité de ce service; • Planifier des activités de soutien aux campagnes de promotion de la vaccination.
Organismes communautaires, pharmaciens et autres partenaires	• Collaborer à la promotion de l'immunisation.

3.3 Les cibles d'action en protection de la santé

« La protection de la santé fait référence à une intervention d'autorité de la santé publique auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menaces pour la santé, qui peuvent être réelles ou appréhendées » ***(MSSS, 2003a).***

En matière de protection, l'intervention, dite d'autorité, permet à certains intervenants de santé publique d'exiger l'information jugée nécessaire au déroulement d'une enquête épidémiologique et d'ordonner la mise en œuvre de mesures de contrôle afin de contrer ou de corriger une situation dangereuse pour la santé de la population. La vigie sanitaire est un des moyens à la disposition de la santé publique afin de remplir son mandat de protection de la santé de la population. Elle s'appuie depuis longtemps sur le système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire. La nouvelle *Loi sur la santé publique* a ajouté la notion de « signalement ». Elle indique que les ministères, les organismes gouvernementaux, les municipalités, les médecins et les établissements de santé et de services sociaux doivent signaler les menaces à la santé de la population dont ils ont connaissance ou les situations qui leur donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée. Quant aux milieux de travail et aux milieux de vie tels que les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention et les maisons d'hébergement, ils peuvent signaler les situations où ils ont un motif de croire qu'il existe une menace. Ces signalements sont un outil supplémentaire qui permettra d'obtenir davantage d'informations et de connaître rapidement les risques biologiques, chimiques ou physiques qui peuvent menacer la santé de la population.

Les cibles d'action en protection de la santé sont présentées pour trois domaines particuliers, soit les maladies transmissibles, la santé environnementale et la santé en milieu de travail. Viennent ensuite quelques précisions concernant le plan de mobilisation en cas de menaces à la santé qui doit également être élaboré dans le contexte du plan d'action régional de santé publique.

3.3.1 Les maladies transmissibles

De nombreuses maladies transmissibles sont maintenant sous contrôle ou sous le seuil d'élimination, notamment en raison de l'amélioration des conditions de vie, de l'implantation de programmes de prévention, de l'amélioration des traitements et de la vaccination.

> ■ *LES SYMPTÔMES ET L'ÉVOLUTION DES MALADIES INFECTIEUSES VARIENT SELON L'AGENT EN CAUSE, CERTAINS FACTEURS BIOLOGIQUES OU COMPORTEMENTAUX RELIÉS AUX INDIVIDUS OU AUX POPULATIONS, L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS (MSSS, 2003a).* ■

Plusieurs maladies transmissibles demandent des interventions de santé publique afin de protéger la population. Ces interventions consistent à recueillir des données (maladies à déclaration obligatoire (MADO), informations vaccinales, manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination, signalements d'une menace à la santé, etc.), à réaliser des enquêtes épidémiologiques et à proposer des interventions au besoin (immunisation, chimioprophylaxie, recherche des contacts, etc.).

L'immunisation est reconnue comme un moyen de prévention efficace dans la lutte contre certaines maladies transmissibles. Elle nécessite que la qualité des produits immunisants offerts à la population soit maintenue en tout temps. La gestion des produits immunisants est donc un axe d'intervention important.

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement aux maladies transmissibles dont :

- les stratégies permettant de freiner le phénomène de la résistance aux antimicrobiens;
- la surveillance des maladies évitables par l'immunisation;
- l'épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang, les groupes vulnérables, les déterminants et les facteurs de risque, les stratégies et activités préventives dont l'efficacité a été démontrée et l'utilisation des services préventifs.

Cible 1 maladies transmissibles

ASSURER LA SURVEILLANCE ET LE CONTRÔLE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, DES SIGNALEMENTS DE MENACES BIOLOGIQUES RÉELLES OU APPRÉHENDÉES ET DES MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES À LA SUITE DE L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN

Le chapitre XI de la *Loi sur la santé publique* donne des pouvoirs aux autorités de santé publique en cas de menaces à la santé de la population. Le directeur de santé publique peut, entre autres, instituer des enquêtes épidémiologiques lorsqu'il reçoit la déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO), la déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'une vaccination ou lors d'un signalement effectué par les intervenants visés par la loi. Le directeur a également un pouvoir d'ordonner que des actions spécifiques soient prises afin d'éliminer une menace à la santé de la population, d'en diminuer les effets ou d'éviter que celle-ci ne s'aggrave.

Les mesures de **vigie sanitaire** sont effectuées par certains intervenants de l'équipe régionale du secteur des maladies transmissibles telles que les enquêtes épidémiologiques à la suite de déclarations ou de signalements. Par contre, l'application des protocoles peut nécessiter la collaboration des intervenants du réseau, par exemple pour l'immunisation ou la chimioprophylaxie lorsque indiquée. Les protocoles d'intervention sont le plus souvent élaborés au niveau provincial.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Une mise à jour de la liste des MADO est attendue en 2003. Des actions devront avoir lieu afin de bien faire connaître aux intervenants concernés, particulièrement les médecins et les responsables des laboratoires, les modifications contenues dans cette mise à jour. Il faut rappeler qu'avec la nouvelle *Loi sur la santé publique*, en plus du système des MADO déjà en place, s'ajoute la notion de signalement aux autorités de santé publique. Le signalement interpelle certains partenaires, par exemple, les autres ministères, le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, les milieux de travail, les municipalités, les centres de détention. À la suite de ces déclarations ou signalements, ainsi que du signalement d'une manifestation clinique inhabituelle subséquemment à une vaccination, une enquête est effectuée, si nécessaire, et les mesures requises pour la protection de la santé publique sont appliquées.

Enfin, une pandémie d'influenza est attendue d'ici les prochaines années. Afin de se prémunir, un plan provincial d'urgence est disponible et devra être adapté au niveau régional.

QUELQUES DONNÉES

Au cours de l'année 2002, en Montérégie *(DSP, 2003)* :

- 3 455 cas de maladies infectieuses ont été déclarés, dont 56 % étaient des maladies transmissibles sexuellement ou par le sang et 28 % étaient des maladies entériques.
- Il y a eu une augmentation des cas de tuberculose. Trois sont des cas secondaires à un cas de tuberculose laryngée très contagieuse.
- L'indice d'activité grippale 2002-2003 a été moindre que la saison précédente avec un nombre de cas d'influenza confirmés en laboratoire quatre fois moins élevé.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement, les intervenants du réseau de la santé reçoivent régulièrement de l'information sur les maladies à déclaration obligatoire et la mise à jour doit se poursuivre tout comme l'application des protocoles lors des déclarations ou des signalements.

RÉSULTATS ATTENDUS

- [R] Tous les intervenants ciblés du réseau de la santé auront reçu de l'information sur la mise à jour de la liste des MADO.
- [R] Tous les signalements et les MADO de nature infectieuse pour lesquels un protocole provincial a été adopté seront investigués en conformité avec ce protocole.
- [R] Tous les vaccinateurs auront reçu de l'information sur la déclaration concernant les manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination.
- [R] Un plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza sera disponible et diffusé à tous les établissements de soins de la Montérégie.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Diffuser les nouvelles réglementations aux intervenants du réseau et partenaires concernés; • Réaliser les enquêtes épidémiologiques et appliquer les protocoles d'intervention provinciaux; • Collaborer à l'élaboration des protocoles d'intervention provinciaux; • Offrir une expertise-conseil aux intervenants du réseau; • Élaborer un plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza.
Tous les établissements de soins, cabinets médicaux, GMF, laboratoires	• Déclarer les MADO et les manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination; • Signaler les menaces infectieuses à la santé de la population; • Collaborer à l'application des protocoles d'intervention et des recommandations du plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza.
MAPAQ	• Signaler les menaces infectieuses à la santé de la population; • Collaborer aux enquêtes.
Agence canadienne d'inspection des aliments	• Investiguer les animaux suspects lors d'une enquête.
Autres ministères, organismes gouvernementaux ou municipalités	• Signaler les menaces infectieuses à la santé de la population.
Milieux de travail et autres milieux de vie (centres jeunesse, entreprises, écoles, services de garde, etc.)	• Signaler les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace infectieuse à la santé des personnes qui fréquentent leur milieu.

Cible 2
maladies transmissibles

PRÉVENIR LES INFECTIONS À BACTÉRIES AYANT UNE RÉSISTANCE MULTIPLE AUX ANTIBIOTIQUES

La résistance des bactéries aux antibiotiques devient, depuis les dernières années, une préoccupation grandissante pour la santé publique, notamment en raison de la menace à la santé de la population que représente l'augmentation de l'incidence des infections reliées à ces pathogènes. On parle beaucoup de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), mais on doit aussi considérer le *Neisseria gonorrhoea*, le *Mycobacterium tuberculosis*, le pneumocoque.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

C'est en milieu de soins aigus que le risque de transmission des bactéries résistantes aux antibiotiques est le plus élevé. Les infections causées par ces bactéries entraînent un accroissement de la morbidité et de la mortalité. En CHSGS, la durée de séjour s'en trouve prolongée et le coût des soins augmente.

La surveillance est essentielle pour identifier les éclosions. Pour le SARM et l'ERV, l'application de mesures de prévention et de contrôle permet de limiter la transmission et de stabiliser la prévalence. Ces mesures diminuent l'exposition des personnes les plus susceptibles de faire des infections graves. L'application à grande échelle de certaines mesures simples, comme le lavage des mains, a un impact sur l'ensemble des infections en milieu de soins (infections nosocomiales), incluant celles causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques.

QUELQUES DONNÉES

- En Montérégie, chez les patients hospitalisés, le nombre de souches de SARM parmi les spécimens cliniques positifs pour le *Staphylococcus aureus* est passé de 14 % en 2000 à 29 % en 2002 *(DSP, 2003)*. Plusieurs éclosions de SARM sont signalées à chaque année dans la région, principalement dans les CHSGS.
- La première éclosion d'ERV au Québec est survenue en Montérégie en 1996. En 2002, 7 souches d'ERV provenant de 4 CHSGS ont été acheminées au Laboratoire de santé publique du Québec. Ceci représente une augmentation comparativement à l'année 2001 et la même tendance est observée au niveau provincial *(DSP, 2003)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement, il existe un Comité régional de prévention des infections à bactéries multirésistantes qui est composé de représentants de la Direction des affaires hospitalières et médicales et de la Direction de santé publique de la Régie régionale et des CHSGS. Ce comité a pour rôle 1) le partage de connaissances de l'épidémiologie des bactéries résistantes aux antibiotiques; 2) la diffusion des recommandations et des guides de prévention sur le sujet; 3) le soutien à la mise en place des mesures de prévention et de contrôle des bactéries résistantes aux antibiotiques. La participation de certains partenaires, comme les CHSLD et les CLSC, doit être encouragée. La diffusion de protocoles auprès de ces mêmes partenaires (CHSGS, CHSLD et CLSC) est à consolider.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] Des représentants des CHSLD et des CLSC participeront au Comité régional de prévention des infections à bactéries multirésistantes.

[R] Les protocoles de prévention des infections à bactéries multirésistantes auront été diffusés dans tous les établissements de soins (CHSGS, CHSLD et CLSC).

Rôles et contributions attendus

DSP	• Animer le comité régional; • Soutenir l'application des protocoles provinciaux, notamment par leur diffusion et la formation des intervenants; • Participer à l'élaboration des protocoles provinciaux et au Comité provincial de prévention des infections nosocomiales du Québec (CINQ).
CHSGS, CHSLD et CLSC	• Assurer leur représentation au Comité régional de prévention des infections à bactéries multirésistantes; • Appliquer les protocoles provinciaux.
Cabinets médicaux, GMF et pharmaciens	• Collaborer à l'application des protocoles provinciaux.
CPE et autres milieux de vie de personnes en perte d'autonomie	• Appliquer les protocoles provinciaux.

Cible 3
maladies transmissibles

PRÉVENIR LES MALADIES TRANSMISSIBLES EN ÉMERGENCE TELLES QUE L'ENCÉPHALITE CAUSÉE PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL ET LA RAGE

Bien qu'il en existe plusieurs, les zoonoses qui nous préoccupent particulièrement en matière de risque pour la santé humaine sont les encéphalites causées par le virus du Nil occidental (VNO) et la rage.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'infection par le VNO est une nouvelle problématique qui a émergé en 1999 en Amérique du Nord. Le virus du Nil occidental est transmis par les moustiques à l'humain et les oiseaux en sont le principal réservoir.

La rage humaine est un phénomène rare, mais ses conséquences sont toujours dramatiques. Le contrôle de la rage humaine passe d'abord par le contrôle de la rage chez les animaux. La ré-émergence de la rage s'explique par l'apparition en 1947 en Floride d'une variante du virus de la rage affectant le raton laveur. La maladie a pris une forme épidémique progressant vers le nord-est des États-Unis. Des ratons laveurs rabiques ont été retrouvés au Vermont en 2002 à quelques kilomètres du Québec. En 2002 au Québec, 24 animaux ont été confirmés rabiques (chauves-souris, renards, ratons laveurs et loups) dont six en Montérégie (cinq chauves-souris et un raton laveur). Parmi ces animaux, aucun n'était infecté par la variante du virus de la rage du raton laveur. Cette dernière est à nos portes, mais aucun cas n'a été recensé au Québec à ce jour.

QUELQUES DONNÉES

- En 2002, 19 cas humains d'encéphalite causée par le virus du Nil occidental ont été signalés au Québec dont 5 en Montérégie.
- Depuis 2000, deux cas de rage humaine ont été rapportés au Canada dont un au Québec. Ces cas ont été associés à la variante du virus de la rage trouvé chez les chauves-souris.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Un plan provincial d'intervention sur le VNO en vue de son contrôle existe au Québec depuis 2000 et est mis à jour annuellement.

Actuellement, les expositions potentielles à la rage entraînent en Montérégie quelques centaines d'enquêtes épidémiologiques chaque année (233 enquêtes en 2002). La prescription d'une prophylaxie (immunoglobulines et vaccins) est fréquente. Par exemple, elle a été effectuée à la suite de 15 % des enquêtes en 2002 *(DSP, 2003)*. Les médecins de première ligne doivent être bien informés sur cette maladie et sur les interventions de santé publique recommandées.

RÉSULTATS ATTENDUS

Encéphalite causée par le virus du Nil occidental

[R] Les recommandations provinciales concernant la prévention et le contrôle de l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental seront appliquées en Montérégie.

Note : Pour le VNO, les interventions se font toujours en collaboration avec les équipes de santé environnementale et de santé au travail.

Rage

[R] Les recommandations provinciales concernant l'épizootie de la rage chez le raton laveur seront appliquées en Montérégie.

[R] Tous les médecins de première ligne auront reçu de l'information concernant l'exposition au virus de la rage.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer à l'élaboration des recommandations provinciales et voir à leur application en Montérégie; • Informer la population lors d'interventions; • Transmettre les recommandations et les informations nécessaires aux médecins et autres professionnels de la santé de première ligne.
CLSC	• Collaborer à l'information auprès de la population, notamment par Info-santé CLSC et la diffusion de matériel d'information; • Appliquer les recommandations; • Signaler les expositions ou situations à risque.
Cabinets médicaux, GMF, CHSGS	• Collaborer à l'application des recommandations; • Collaborer à la surveillance des cas humains.
CHSLD, organismes communautaires, pharmaciens et groupes bénévoles	• Collaborer à la diffusion de l'information auprès de la population.
Municipalités	• Collaborer à l'application des recommandations.
MENV	• Collaborer à l'élaboration des recommandations provinciales (VNO) et à leur application.
MAPAQ, Société de la faune et des parcs du Québec (FAPAQ) et firmes privées, Agriculture Canada	• Appliquer leur programme de surveillance des oiseaux, des animaux et des moustiques.
Agence canadienne d'inspection des aliments	• Appliquer les protocoles pour les animaux suspects.

Cible 4
maladies transmissibles

PRÉVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG

Ces infections comprennent les infections transmissibles sexuellement (ex. : chlamydiose, gonorrhée et syphilis), les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (infection au VIH, sida et hépatite B) et les infections transmissibles par le sang (hépatite C).

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

En complémentarité aux activités visant à prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) déjà traitées aux cibles enfance-jeunesse – 3 et adultes – 4, des actions de protection doivent être réalisées. Les experts de plusieurs organisations de santé, soit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) et les Centers for disease control and prevention (CDC) soutiennent que l'intervention préventive auprès des partenaires a un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre les ITSS. De plus, le MSSS a diffusé en 1999 des recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et autres liquides biologiques. D'autres actions telles que l'application des mesures de précautions de base (précautions universelles) et l'accès aux médicaments gratuits pour le traitement des infections bactériennes transmises sexuellement (ITS) sont requises.

QUELQUES DONNÉES

En 2002, en Montérégie *(DSP, 2003)* :

- Il y a eu 1 326 déclarations de chlamydiose. Contrairement aux années 1997 à 2001, où on notait une augmentation significative des cas, le nombre est resté sensiblement le même en 2002.
- Une augmentation importante du nombre de cas de gonorrhée a été observée : 96 cas par rapport à 62 cas en 2001 et 48 cas en 2000. Cette augmentation a été surtout notée chez les 15-24 ans.
- 20 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés. Ils surviennent plus fréquemment chez les hommes (75 %) et la moyenne d'âge des cas est de 44 ans.
- Le nombre de cas déclarés de sida est le plus élevé depuis les cinq dernières années. Dix-huit cas ont été déclarés chez 16 hommes et 2 femmes. La moitié des cas sont âgés de 25 à 39 ans.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

L'intervention préventive auprès des partenaires des personnes ayant une ITSS est jusqu'à maintenant sous la responsabilité des médecins traitants et il n'existe actuellement aucun programme pour les soutenir dans cette activité. Par ailleurs, plusieurs établissements de la Montérégie (CHSGS, CLSC et CHSLD) ont mis en place des procédures visant l'application des recommandations en cas d'exposition au sang ou aux liquides biologiques, mais le tout reste à consolider, de même que pour le *Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement*. Des formations concernant l'application des mesures de précautions de base sont également à développer.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Tous les CHSGS, les CHSLD et les CLSC auront développé des procédures visant l'application des recommandations provinciales relatives à la prise en charge des personnes exposées au sang ou aux liquides biologiques.
- [R] Une intervention préventive auprès de leurs partenaires sexuels aura été offerte à toutes les personnes chez qui une infection à gonocoque ou une syphilis infectieuse aura été déclarée.
- [R] 90 % des intervenants des organismes communautaires ciblés auront été formés sur les mesures de précautions de base (précautions universelles).
- [R] Tous les médecins auront été sensibilisés à l'existence du *Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.*

Rôles et contributions attendus

DSP	• Développer et mettre en œuvre un programme d'intervention préventive auprès des partenaires, notamment par la recherche des contacts et l'application des mesures préventives le cas échéant; • Soutenir la mise en œuvre des recommandations visant la prise en charge et le suivi des personnes exposées au sang ou autres liquides biologiques (formation des intervenants concernés, expertise-conseil, etc.) et la concertation entre les établissements concernés; • Soutenir l'application des mesures de précautions de base (formation des intervenants concernés, expertise-conseil); • Diffuser le *Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.*
CLSC, CHSGS, cabinets médicaux et GMF	• Collaborer à l'identification des contacts sexuels des personnes infectées par le gonocoque ou ayant une syphilis infectieuse et à l'application des mesures préventives; • Développer des procédures visant l'application des recommandations pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées au sang ou autres liquides biologiques dans les délais prescrits; • Former leur personnel et voir à l'application des mesures de précautions de base dans leur établissement; • Diffuser l'information sur le *Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.*
CLSC	• Collaborer à la formation des intervenants des organismes communautaires sur les mesures de précautions de base.
CHSLD	• Développer des procédures visant l'application des recommandations pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées au sang ou autres liquides biologiques dans les délais prescrits; • Former leur personnel et voir à l'application des mesures de précautions de base dans leur établissement.
Organismes communautaires ciblés	• Former leur personnel et voir à l'application des mesures de précautions de base dans leur organisme.
Pharmaciens	• Diffuser l'information sur le *Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.*

Cible 5
maladies transmissibles

PRÉVENIR LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES SÉRO-POSITIVES AU VIH ET TRAITER LES PERSONNES INFECTÉES

La tuberculose est une infection qui peut avoir des conséquences graves chez les patients porteurs du VIH.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'association de certains facteurs (ex.: statut socioéconomique faible, consommation de drogues par injection) avec le manque de fidélité au traitement et au suivi médical peut, chez une partie de la population séropositive, contribuer à l'émergence de souches de *Mycobacterium tuberculosis* multirésistantes aux médicaments antituberculeux habituels. Cette tendance a été remarquée aux États-Unis jusqu'à maintenant, mais pas au Québec *(MSSS, 2001a)*.

Parmi les individus infectés par le VIH, ceux qui présentent un résultat positif à une épreuve tuberculinique de Mantoux (PPD) ont 4 à 30 fois plus de risque de développer une tuberculose que ceux qui ont un résultat négatif. Le protocole provincial sur la tuberculose reconnaît que le personnel des cliniques où l'on traite des patients infectés par le VIH et les médecins qui s'occupent de ces patients doivent être sensibilisés à l'importance de proposer une épreuve tuberculinique de Mantoux (PPD) aussitôt que possible à tout patient séropositif pour le VIH.

QUELQUES DONNÉES

- Dans certaines parties du monde, notamment aux États-Unis, la co-infection tuberculose et VIH varie entre 4 % et 23 %. Au Québec, même si les deux infections sont des maladies à déclaration obligatoire, les données sur le VIH n'étant pas nominales, il n'existe aucune banque de données permettant de faire le lien entre les deux infections.
- Une revue des cas de sida au Québec pour la période allant de 1979 à 1996 a relevé 242 personnes atteintes du VIH et ayant eu une tuberculose active à un moment donné de l'évolution de leur maladie. Une analyse des cas de tuberculose au Québec de 1992 à 1995 montrait que la co-infection avec le VIH atteignait 9,6 % de ces cas à Montréal et 5,8 % de ces cas ailleurs dans la province *(MSSS, 2001a)*.
- Aucune donnée n'est actuellement disponible pour la Montérégie quant à l'existence de co-infection VIH-tuberculose chez les individus.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Cette recommandation est assez bien connue des cliniciens, mais n'est pas toujours appliquée. Les interventions de santé publique viseront à promouvoir son application.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] Tous les médecins auront été sensibilisés à l'importance d'offrir le test de dépistage tuberculinique à toutes les personnes séropositives au VIH.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Diffuser la recommandation de cette pratique clinique aux cliniciens; • Distribuer les tests de dépistage aux cliniciens concernés.
Cabinets médicaux, GMF, CHSGS, CLSC	• Appliquer le protocole de dépistage tuberculinique chez les personnes séropositives au VIH; • Diffuser l'information concernant cette mesure de prévention auprès de leur clientèle séropositive pour le VIH.
Pharmaciens	• Diffuser l'information concernant cette mesure de prévention auprès de leur clientèle séropositive pour le VIH.

Cible 6
maladies transmissibles

METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATION VACCINALE ET D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES PRODUITS IMMUNISANTS

Un système d'information vaccinale (SIV) est en développement au niveau provincial. Son application aura des retombées à la fois régionales et locales. Quant à la gestion des produits immunisants, des normes et des procédures élaborées au niveau provincial précisent les règles minimales et incontournables qui doivent être appliquées par tous les vaccinateurs.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Le SIV constitue un outil essentiel pour obtenir et maintenir des taux de couverture vaccinale élevés à l'échelle d'une grande population *(Guay, 2002)*. La surveillance des taux de couverture vaccinale permet de mesurer l'efficacité des programmes de vaccination, de cibler des populations vulnérables et d'instaurer des mesures susceptibles d'améliorer la performance des programmes de vaccination (ex. : rappels personnalisés). La qualité des produits immunisants doit être assurée de sa fabrication à son administration. Il s'agit d'un système complexe impliquant plusieurs niveaux d'entreposage : provincial, régional et local. La chaîne de froid constitue un aspect primordial d'un programme de vaccination. Tout bris de la chaîne de froid peut entraîner une diminution de l'efficacité du vaccin, un échec vaccinal ou des effets secondaires. L'exposition à la chaleur ou au gel, selon la nature du produit, peut endommager le vaccin.

QUELQUES DONNÉES

Chaque année, en Montérégie, les pertes de produits immunisants représentent entre 1 % et 3 % du budget global des vaccins, soit entre 50 000 $ et 150 000 $.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Les taux de couverture vaccinale ne sont pas disponibles, sauf pour la vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire et l'influenza. La Montérégie entrepose et achemine des vaccins vers les quelque 425 vaccinateurs pour une valeur de 5 000 000 $ par année. Au fil des années, de plus en plus de vaccins sont mis sur le marché et utilisés. Ainsi, plus de 30 sortes de vaccins et immunoglobulines sont manipulés presque quotidiennement. Afin de s'assurer de la qualité des produits, le « *monitoring* » lors du transport et de l'entreposage s'est accru avec les années. Des contrats sont signés entre la DSP et les vaccinateurs, ces derniers s'engageant à respecter les conditions d'entreposage et de transport requises.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] Toutes les étapes d'implantation du système d'information vaccinale auront été réalisées conformément aux exigences et dans les délais requis par les directives provinciales.

[R] Toutes les étapes d'implantation du système informatisé de gestion des produits immunisants auront été réalisées conformément aux exigences et dans les délais requis par les directives provinciales.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer au développement du SIV et du système informatisé de gestion des produits immunisants et soutenir leur implantation au niveau régional; • S'assurer du respect des normes d'entreposage et de transport des produits immunisants.
CLSC, cabinets médicaux, MF, CHSGS et CHSLD	• Collaborer à la mise en œuvre du SIV et à la surveillance des taux de couverture vaccinale; • Respecter les normes d'entreposage et de transport des produits immunisants.
Pharmaciens	• Respecter les normes d'entreposage et de transport des produits immunisants.

3.3.2

La santé environnementale

La santé environnementale concerne les problèmes de santé causés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Les interventions de santé environnementale visent, d'une part, à réduire l'exposition de la population aux agents environnementaux susceptibles de porter atteinte à la santé des individus et des populations et, d'autre part, lorsque des personnes sont malades, à identifier l'agent responsable et à voir à la mise en place de moyens aptes à corriger la situation.

La santé publique, de concert avec les autres acteurs responsables d'assurer la protection ainsi que la conservation des milieux de vie et des écosystèmes, joue un rôle de premier plan dans la protection de la population contre des problèmes de santé liés à l'environnement (MSSS, 2003a).

DES ACTIONS EN ATTENTE D'AVIS OU DE RÉSULTATS DE RECHERCHE

Le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à la santé environnementale dont :

- les effets sur la santé des polluants atmosphériques, des allergènes environnementaux, des contaminants de l'air intérieur, du radon, de l'amiante et des hydrocarbures aromatiques polycycliques et des contaminants de l'eau de consommation;
- les intoxications d'origine environnementale;
- les risques toxicologiques;
- les modes de production agricole;
- les changements climatiques;
- la contribution des politiques environnementales à la santé.

Cible 1
santé environnementale

DIMINUER LES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Il est reconnu que la pollution atmosphérique est susceptible de contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de problèmes de santé, notamment les maladies cardiovasculaires et pulmonaires. L'exposition des individus aux polluants atmosphériques peut varier selon le lieu de résidence, le moment de la journée, le type de polluant et le type d'activité effectuée. Des sources fixes de polluants atmosphériques (rejets industriels, combustion du bois) ou mobiles (transport routier) contribuent à l'exposition des individus. Le smog atmosphérique, un mélange de substances chimiques, se retrouve principalement en zone urbaine.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les épisodes de niveaux élevés de pollution atmosphérique, souvent appelés épisodes de smog, sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité reliée aux maladies cardiorespiratoires. Afin de réduire les risques de complications chez les populations vulnérables, soit celles qui présentent déjà des atteintes cardiorespiratoires, le programme *Info-Smog* a débuté il y a déjà quelques années avec l'objectif de limiter leur niveau d'exposition lors d'épisode de smog.

QUELQUES DONNÉES

- De récentes études ont montré des associations significatives entre l'augmentation des niveaux de polluants de l'air ambiant tels que l'ozone, les particules respirables et les aérosols acides, et l'accroissement du taux d'admission hospitalière pour maladies respiratoires, l'augmentation du taux de mortalité et la réduction de la fonction pulmonaire.
- La Montérégie a enregistré, de 1995 à 2002, 72 jours de smog, soit en moyenne 9 jours par année où les niveaux d'ozone dépassent les normes recommandées *(MENV, 2003b)*. L'ozone au sol est un oxydant puissant. Il détruit les parois des cellules avec lesquelles il entre en contact, causant des modifications de la fonction respiratoire et l'inflammation des tissus. La concentration horaire d'ozone la plus élevée a été enregistrée à Brossard à l'été 1994 *(MENV, 1997)*.
- Une enquête réalisée en 2000 révèle que 33 % des ménages québécois brûlent du bois à l'intérieur de leur domicile. La combustion du bois est la troisième source de particules fines en importance au Canada. Près du quart des émissions annuelles de particules de très petite taille (PM2.5) proviennent de la combustion du bois *(Bonvalot, 2003)*. L'inhalation de ces particules peut conduire à l'aggravation des cas de bronchite ou de maladies cardiovasculaires et à une diminution de la fonction respiratoire.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Les avis d'Environnement Canada sur les épisodes de smog sont transmis depuis 2002 à certains CLSC. La Montérégie compte plusieurs pôles d'activités industrielles lourdes. Différentes sources d'émissions atmosphériques industrielles pouvant présenter un risque pour la santé des personnes exposées ou présentant une atteinte à leur qualité de vie ont fait l'objet d'interventions, notamment, à Beauharnois, Sainte-Catherine, Delson, Varennes, Sorel, Napierville.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ▣ Au moins une activité ciblée de promotion, visant à réduire les sources de pollution ambiante, sera réalisée dans les zones plus problématiques (zones industrielles et urbanisées).
- [R] Tous les collaborateurs de première ligne et cliniques ciblés auront été informés du programme *Info-Smog* et des mesures de protection efficaces à faire connaître aux personnes vulnérables.
- [R] Tous les avis de smog d'Environnement Canada auront été transmis aux collaborateurs de première ligne et cliniques ciblés.
- [R] Les résultats des évaluations de projets ou situations pouvant avoir un impact sur la qualité de l'air extérieur seront diffusés aux municipalités et aux populations concernées.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Diffuser l'information aux intervenants; • Évaluer les projets et situations pouvant avoir un impact sur la qualité de l'air extérieur et émettre des avis de santé publique; • Promouvoir et soutenir la mise en œuvre de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur; • Intervenir auprès du MENV pour s'assurer de la disponibilité des bilans des émissions atmosphériques.
CLSC	• Collaborer à la diffusion de l'information auprès des personnes vulnérables; • Réaliser des activités visant la promotion de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur.
CHSGS (cliniques spécialisées), CHSLD, cabinets médicaux, GMF et pharmaciens	• Diffuser de l'information à leur clientèle concernant les mesures de protection efficaces lors d'épisode de smog.
Organismes communautaires	• Collaborer à la promotion de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur.
Environnement Canada	• Administrer le programme *Info-Smog*; • Collaborer à la promotion de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur.
MENV et municipalités	• Collaborer à l'analyse de projets et situations pouvant avoir un impact sur la qualité de l'air extérieur.
MENV	• Produire un bilan des émissions atmosphériques visant à caractériser certaines sources fixes de polluants; • Collaborer à la promotion de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur.
MTQ, organismes s'occupant de questions énergétiques, associations industrielles	• Collaborer à la promotion de moyens efficaces pour améliorer la qualité de l'air extérieur.

Cible 2
santé environnementale

DIMINUER LES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS À L'HERBE À POUX

Les principaux allergènes responsables de la rhinite allergique saisonnière sont les pollens et certaines moisissures. Le pollen de l'herbe à poux est un des pollens les plus allergènes provoquant des réactions allergiques spécifiquement à la fin de la saison estivale. L'herbe à poux est une problématique de santé publique qui affecte un peu plus de 10 % des Montérégiens.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Pour contrôler efficacement l'herbe à poux, il est essentiel de disposer d'un plan de contrôle structuré, échelonné sur quelques années et qui comporte cinq étapes principales : mobilisation des acteurs, formation des gestionnaires et des employés, évaluation de l'état de la situation, élaboration et réalisation du plan de contrôle *(TQHP, 2002)*.

QUELQUES DONNÉES

- L'herbe à poux serait responsable de 50 % à 90 % des cas de rhinite allergique *(Masson et Grignon, 1998)*.
- En 1998, la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) affectait 8 % des Québécois, ce qui représente une hausse moyenne de 2 % par rapport à 1987. La prévalence du rhume des foins en Montérégie est de 10 % *(TQHP, 2002)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Une grande proportion des municipalités montérégiennes reçoivent régulièrement, depuis 1997, de l'information sur les mesures de contrôle efficaces de l'herbe à poux. En 2003, 59 % des municipalités ont désigné un responsable du dossier « herbe à poux ». Près de 30 % des municipalités ont reçu une formation sur cette problématique et autant ont déjà réalisé un état de situation sur leur territoire. Des interventions de contrôle de l'herbe à poux sont déployées inégalement sur le territoire.

RÉSULTATS ATTENDUS

- ■ Au moins une activité de sensibilisation de la population sur les mesures de contrôle de l'herbe à poux sera réalisée annuellement dans tous les territoires de CLSC.
- ▣ 40 % des municipalités auront implanté au moins une mesure de contrôle de l'herbe à poux.
- [R] Toutes les municipalités et les MRC recevront de l'information sur les mesures visant la réduction de l'exposition au pollen de l'herbe à poux.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Collaborer à la rédaction et à la diffusion d'un bulletin périodique de la Table québécoise sur l'herbe à poux; • Participer à l'élaboration d'une formation provinciale destinée aux intervenants municipaux; • Produire des articles grand public pour les médias locaux; • Mobiliser les organismes environnementaux.
CLSC et pharmaciens	• Collaborer à la diffusion de l'information auprès de la population et à la promotion des mesures efficaces de contrôle de l'herbe à poux.
Milieu municipal	• Appliquer au moins une mesure de contrôle de l'herbe à poux; • Sensibiliser la population et les gestionnaires de terrain sur les mesures efficaces de contrôle de l'herbe à poux.
Organismes environnementaux	• Collaborer à la sensibilisation de la population et des municipalités.

Cible 3
santé environnementale

DIMINUER LES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS À LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

Les principaux contaminants de l'air intérieur sont la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), les autres produits de combustion, certains contaminants biologiques (ex. : moisissures, insectes, acariens, poils), le radon et les composés organiques volatils (COV) tels que les hydrocarbures utilisés comme carburant, la formaldéhyde et l'acétone. La température et le taux d'humidité sont les principales contraintes physiques reliées à la qualité de l'air intérieur (QAI). Au début des années 1970, les nouvelles techniques de construction des bâtiments ont graduellement renforcé l'étanchéité des enveloppes des résidences. Ces modifications ont eu des conséquences notables sur la QAI par un accroissement de la concentration des contaminants chimiques et biologiques.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les systèmes de ventilation dans les maisons et les lieux de travail ne sont pas conçus pour éliminer la fumée. Ils mettent environ trois heures à éliminer 95 % de la fumée d'une seule cigarette, à raison d'un changement d'air à l'heure. Ne pas fumer dans la maison permet d'éliminer jusqu'à 50 % de la pollution de l'air intérieur. L'exposition à la FTE durant l'enfance augmente le risque de développer des maladies respiratoires chroniques, de l'asthme et des allergies *(Santé Canada, 2003, en ligne)*.

Le vieillissement du parc résidentiel et des édifices publics ainsi que le manque d'entretien d'une partie de ceux-ci ont participé à l'augmentation de l'incidence des problèmes d'humidité excessive et de contamination par les moisissures. Les interventions efficaces pour contribuer à la réduction de la morbidité liée à la salubrité et à la QAI sont à la fois menées par le réseau de la santé publique et d'autres organismes (municipalités, ministères, etc.). Plusieurs organismes publics sont impliqués de près ou de loin dans cette problématique.

QUELQUES DONNÉES

- En 1998, 6 % de l'ensemble de la population montérégienne déclarait souffrir d'asthme *(INSPQ, 2001)*. Des données récemment publiées estimaient la prévalence de l'asthme à 10 % chez les 12 ans et plus en Montérégie *(ESCC 2000-2001)*.
- En 1998, près des deux tiers des Montérégiens âgés de 15 ans et plus se disaient exposés à la fumée de tabac dans l'environnement presque chaque jour. Plus spécifiquement, 36 % étaient exposés à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison, 53 % dans leur principal lieu d'activité et 25 % dans tout autre lieu *(ESS 1998)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En 2001, tous les CPE de la Montérégie et les familles qu'ils desservent ont été sensibilisés à la problématique de la FTE et aux risques chez les enfants.

Les professionnels travaillant au secteur Environnement de la DSP offrent des services de soutien aux intervenants de la santé et à la population aux prises avec un problème qui serait dû à l'environnement. Ces dernières années, environ 70 % des demandes d'expertise adressées à ce secteur concernaient la QAI et l'insalubrité. La majorité est imputable à l'humidité excessive et à des contaminants biologiques, telles les moisissures. Un guide d'intervention intersectorielle sur la QAI et la salubrité dans l'habitation a été diffusé dans le milieu municipal en 2001. Un soutien accru aux intervenants municipaux semble nécessaire.

Finalement, une grande majorité de CLSC du territoire (17) offrent une clinique d'enseignement sur l'asthme et des initiatives locales impliquant les CLSC, CHSGS et CHSLD ont été développées dans sept centres hospitaliers.

RÉSULTATS ATTENDUS

- [R] Une concertation sera établie avec les milieux municipal, de l'habitation et de la santé sur le rôle de chacun en matière de salubrité des bâtiments et de qualité de l'air intérieur ainsi que sur les services dispensés.
- [R] Des outils d'information visant à réduire l'exposition des personnes à la FTE et aux moisissures seront diffusés à des intervenants ciblés en CLSC.
- [R] Tous les intervenants ciblés des CLSC, des cabinets médicaux, des GMF et des cliniques spécialisées (asthme, maladies pulmonaires) seront outillés pour déceler un problème de salubrité et de QAI résidentiel parmi leur clientèle et informés des ressources offertes à ces personnes.
- [R] Toute personne signalant à la DSP un problème de salubrité ou de qualité de l'air intérieur recevra les services appropriés et, lorsque requis, une enquête sera effectuée lors de signalement de problèmes de santé.
- [R] Tous les CHSGS, les CHSLD et les commissions scolaires seront outillés pour procéder à l'identification des problématiques de salubrité et de qualité de l'air intérieur dans leurs bâtiments.
- [R] Toutes les municipalités seront outillées pour répondre aux demandes de leurs citoyens aux prises avec un problème de salubrité ou de qualité de l'air intérieur.
- [R] Un portrait de situation de l'état de l'habitation dans des milieux défavorisés sera amorcé.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Réaliser des enquêtes épidémiologiques et collaborer aux investigations (inspection par exemple) au besoin; • Soutenir la mise en œuvre des interventions (formation, outils, etc.); • Offrir une expertise médicale et professionnelle concernant les services cliniques spécialisés; • Référer les personnes aux prises avec un problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur à la Clinique de santé environnementale (clinique spécialisée); • Mettre en place des lieux de concertation avec les partenaires et soutenir le développement de projets; • Amorcer un portrait de situation de l'état de l'habitation dans des milieux défavorisés.
CLSC	• Identifier un problème potentiel de qualité de l'air intérieur résidentiel parmi leur clientèle; • Répondre aux demandes de la population portant sur la qualité de l'air intérieur; • Prendre en charge les personnes aux prises avec un problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur et les référer à la DSP ou à la Clinique de santé environnementale au besoin; • Diffuser l'information sur la fumée de tabac dans l'environnement et les moisissures; • Assurer une représentation au comité de concertation et collaborer à la mise en place de projets.
CHSGS et CHSLD	• Identifier les problématiques de salubrité et de qualité de l'air intérieur et les problèmes de santé liés à une mauvaise qualité de l'air dans leurs établissements et référer, au besoin, à la DSP ou aux équipes de santé au travail en CLSC; • Collaborer aux enquêtes et à la mise en œuvre des interventions.
Cabinets médicaux, GMF, cliniques spécialisées (asthme, maladies pulmonaires)	• Identifier un problème de qualité de l'air intérieur résidentiel parmi leur clientèle; • Prendre en charge les personnes ayant un problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur et les référer à la DSP ou à la Clinique de santé environnementale, au besoin.
Commissions scolaires et écoles	• Identifier les problématiques de salubrité et de qualité de l'air intérieur signalées dans les écoles et collaborer aux enquêtes et à la mise en œuvre des interventions; • Répondre aux demandes de leur clientèle et, au besoin, référer les personnes ayant un problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur à la DSP.
Milieu municipal	• Assurer leur représentation au comité de concertation; • Répondre aux demandes de leurs citoyens et, au besoin, référer les personnes ayant un problème de santé lié à la qualité de l'air intérieur à la DSP.
COMBEQ	• Organiser et offrir des formations.

Cible 4
santé environnementale

RÉDUIRE L'EXPOSITION À DES PRODUITS CANCÉRIGÈNES DANS L'ENVIRONNEMENT (AMIANTE, RADON ET RAYONS ULTRAVIOLETS)

Parmi les nombreux agents cancérigènes pouvant être présents dans les résidences ou dans les bâtiments publics, l'amiante et le radon sont considérés prioritaires. De même, les rayonnements ultraviolets sont jugés prioritaires. Ils constituent une des rares expositions environnementales pour laquelle les connaissances scientifiques permettent d'établir une relation de cause à effet avec un cancer.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

L'amiante et le radon sont reconnus comme des cancérigènes pulmonaires. L'objectif est donc de réduire l'exposition à ces agents, notamment à l'amiante dans le milieu scolaire et dans les établissements de santé et au radon en milieu domiciliaire. L'amiante a été utilisé dans de nombreux matériaux de construction, entre autres sous forme de flocage pour l'isolation de bâtiments publics. Le radon est un gaz radioactif qui s'échappe dans certains types de sols et qui peut s'accumuler dans l'environnement intérieur, dans certaines circonstances.

Le rayonnement ultraviolet peut provoquer des brûlures des tissus exposés (le coup de soleil) et induire des cancers de la peau. De fait, plus de 90 % des cancers de la peau seraient attribuables à l'exposition au soleil. Les enfants demeurent le groupe prioritaire à cibler puisque de 50 à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années et qu'une majorité des coups de soleil ont lieu avant l'âge adulte.

QUELQUES DONNÉES

- Pour l'année 2000, le fichier des tumeurs indique que 105 nouveaux cas de cancer de la peau[67] ont été diagnostiqués chez des Montérégiens *(MSSS, fichiers des tumeurs, 2000)*. Toutefois, le nombre réel de nouveaux cas de cancer de la peau est probablement plus élevé[68].
- L'exposition intérieure à l'amiante dépend du contenu en amiante libre des matériaux de construction des bâtiments. La proportion de décès par cancer du poumon attribuable à l'amiante serait de l'ordre de 5 pour 100 000 chez la population vivant en milieu urbain et qui aurait aussi été exposée dans une école et un lieu de travail modérément contaminés *(CSE, 1995)*.
- Le risque de décès par cancer du poumon attribuable à l'exposition au radon résidentiel est compris entre 10 % et 14 % de tous les décès par cancer du poumon dans la population générale et de 19 % à 26 % pour les non-fumeurs *(MSSS, données non publiées, 2001)*. En se basant sur une extrapolation des modèles proposés par les autorités américaines, environ 75 décès par cancer du poumon par année seraient attribuables au radon en Montérégie *(Prévost, communication personnelle)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Concernant l'amiante, le niveau d'exposition dans les bâtiments publics reste généralement faible, même en présence de matériaux friables. De façon préventive, le MEQ, en collaboration avec le MSSS, a procédé à une campagne systématique d'identification des écoles comportant du flocage. En Montérégie, on a retrouvé de l'amiante dans une cinquantaine d'écoles; la majorité a été jugée non problématique. Des interventions ont été réalisées dans certaines écoles.

[67] Inclut les mélanomes (code CIM-9 :172) et les autres types de cancers cutanés (code CIM-9 :173).

[68] Le fichier des tumeurs tire ses données des diagnostics posés lors d'une hospitalisation. Or, une part importante des cancers de la peau peut être prise en charge sans recourir à une hospitalisation.

Les connaissances concernant l'exposition au radon en Montérégie sont limitées. Toutefois, elle serait généralement faible sauf dans certains secteurs restreints. Une intervention est d'ailleurs en cours dans un de ces secteurs en vue de documenter l'exposition de la population au radon. La consolidation de l'intervention régionale sera consécutive à l'avis provincial de santé publique à venir. Par ailleurs, certaines situations particulières continueront de demander une réponse spécifique.

La promotion de comportements préventifs auprès des nouvelles mères au regard des dangers du soleil pour leurs enfants a fait l'objet d'un programme provincial de prévention à la fin des années 1990. Les équipes de périnatalité dans les CLSC ont collaboré activement à ce programme. Des activités de sensibilisation sont aussi prévues dans le cadre de programmes visant le développement des habiletés parentales. D'autres groupes cibles ont récemment été sensibilisés, notamment la clientèle fréquentant les plages dans les campings et les gestionnaires de CPE.

RÉSULTATS ATTENDUS

[R] La DSP soutiendra la mise en place des orientations du MSSS et de la CSST concernant l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements d'enseignement et de santé ciblés et du risque qu'elle comporte et les actions à entreprendre au besoin.

[R] Une stratégie régionale relative à l'exposition au radon domiciliaire sera disponible.

[R] Toute demande d'information lors de situations d'exposition au radon domiciliaire aura été répondue.

Des activités de communication, ciblant les parents, sur les moyens efficaces pour protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets seront réalisées dans tous les territoires de CLSC.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en place des orientations relatives à l'amiante; • Assurer le suivi des interventions relatives à l'amiante dans les milieux scolaires; • Collaborer à la rédaction de l'avis de l'INSPQ sur le radon et définir une stratégie régionale pour son implantation; • Évaluer les demandes d'information lors de situations d'exposition au radon domiciliaire, élaborer et soutenir la mise en place des interventions; • Collaborer à la campagne de sensibilisation aux rayons ultraviolets.
CLSC (équipe de santé au travail)	• Collaborer aux inspections lors des interventions relatives à l'amiante;
CLSC et pharmaciens	• Réaliser des activités dans le cadre de la campagne de sensibilisation des parents sur les moyens efficaces pour protéger les enfants contre les rayons ultraviolets.
Établissements de santé, commissions scolaires et écoles ciblés	• Collaborer aux inspections relatives à l'amiante et mettre en œuvre les recommandations; • Collaborer aux activités de soutien à la campagne.
Milieu municipal	• Signaler les situations problématiques en lien avec le radon domiciliaire et collaborer à l'information de la population.
SCHL, SHQ, Régie du bâtiment	• Informer sur les mesures d'atténuation du radon domiciliaire.
MRNFP	• Soutenir l'analyse de cas complexes d'exposition au radon domiciliaire.

Cible 5
santé environnementale

PRÉVENIR LES ÉCLOSIONS ET LES INTOXICATIONS RELIÉES À L'EAU

Des problèmes de santé sont susceptibles de survenir à la suite de la consommation d'une eau contaminée ou de la baignade dans une telle eau. La contamination peut être d'origine microbiologique ou chimique et provenir d'activités agricoles, industrielles, municipales et résidentielles.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Afin de prévenir et de contrôler les risques pour la santé de la population, il importe que les sources de pollution des eaux soient réduites et qu'une surveillance adéquate de la qualité de l'eau soit effectuée. De même, le signalement des situations non conformes doit être fait promptement et les problèmes de santé potentiellement reliés à l'eau doivent rapidement et systématiquement être déclarés à la DSP.

La réglementation sur l'eau potable exige que les exploitants de réseaux d'aqueducs effectuent des tests de façon périodique. La qualité des eaux de baignade est partiellement assurée par un programme d'échantillonnage de l'eau des plages. Depuis la mise en vigueur du nouveau règlement sur l'eau potable en juin 2001, le nombre de paramètres et la fréquence d'échantillonnage ont été augmentés de façon significative. Le signalement d'une situation non conforme doit être fait à la DSP.

QUELQUES DONNÉES

- La Montérégie compte 446 réseaux d'aqueducs exploités par des municipalités, des établissements de santé, scolaire ou touristique.
- En 2002, 327 situations de non-conformité de l'eau sont survenues dans 217 réseaux de distribution d'eau potable en Montérégie. Ces situations ont entraîné l'émission d'un avis à la population (ébullition, non-consommation) dans 170 cas.
- Une minorité d'exploitants de réseaux déclare des dépassements de normes à la DSP.
- Les maladies d'origine hydrique sont peu détectées et sous-déclarées.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

À la suite de la réception du signalement d'une situation non conforme, la DSP détermine si le risque mérite une action précise afin de protéger la santé publique. D'autre part, les problèmes de santé reliés à l'eau de consommation sont sous-déclarés. Peu d'interventions ont été réalisées pour susciter la déclaration des intoxications reliées à l'eau.

RÉSULTATS ATTENDUS

- [R] Toutes les éclosions et les intoxications signalées reliées à l'eau auront fait l'objet d'une analyse de dossier et d'une enquête épidémiologique au besoin.
- [R] Tous les exploitants de réseau d'eau potable auront été sensibilisés afin de signaler rapidement tous les dépassements de normes, et particulièrement celles établies pour le *E. coli* et les coliformes fécaux.
- [R] Tous les cas de dépassement de normes *E. coli* et coliformes fécaux auront fait l'objet d'un suivi selon les protocoles établis.
- [R] Tous les intervenants de première ligne ciblés et les responsables de milieux de vie (CPE, écoles, etc.) auront été sensibilisés à l'importance de la déclaration et du signalement de cas.
- [R] Tous les exploitants de lieux de baignade auront été sensibilisés à l'importance de surveiller la qualité de l'eau et de signaler les situations problématiques.
- [R] Au moins une intervention de sensibilisation aura été entreprise auprès d'organismes ciblés (municipalités, MENV, MAPAQ) en vue de réduire les sources de pollution de l'eau.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Recevoir les signalements, effectuer les enquêtes et faire les recommandations; • Vérifier les mesures de protection mises en place lors de dépassement des normes; • Sensibiliser les intervenants de première ligne et les responsables de milieux de vie à l'importance de la déclaration et du signalement des cas malades; • Sensibiliser les exploitants régionaux de réseaux d'eau potable et de lieux de baignade à l'importance d'un signalement rapide des dépassements de normes et de toutes situations pouvant mettre en danger la santé de la population; • Sensibiliser les organismes concernés sur la réduction des sources de pollution des eaux.
CLSC, CHSGS, cabinets médicaux, GMF	• Appliquer les recommandations visant une déclaration rapide et le signalement des cas malades ou suspectés; • Collaborer aux enquêtes.
Milieu municipal, MENV et MAPAQ	• Collaborer à la réalisation des enquêtes et à la mise en œuvre des recommandations; • Promouvoir et implanter des mesures visant à réduire les sources de pollution de l'eau (municipales, industrielles, agricoles et résidentielles); • Informer les citoyens des mesures de prévention lors d'un dépassement des normes.
Exploitants de réseaux de distribution d'eau	• Déclarer rapidement les cas de dépassement des normes et appliquer les mesures de protection, dont l'information à la population.
Exploitants de lieux de baignade, pharmaciens, responsables de milieux de vie tels que CHSLD, CPE, centres jeunesse, écoles	• Signaler les problèmes de santé suspectés comme étant reliés à l'eau.
MENV	• Vérifier la déclaration de dépassements des normes par les exploitants de réseaux de distribution d'eau.
Laboratoire environnemental	• Déclarer les cas de dépassement des normes.

Cible 6
santé environnementale

PRÉVENIR LA SURVENUE DE MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

De nombreux projets ayant des conséquences sur l'environnement, notamment des projets de développement industriel, de réglementation ou de politique ainsi que d'aménagement du territoire, sont régulièrement proposés dans notre région. La Direction de santé publique doit aviser les autorités des impacts potentiels que ces projets peuvent avoir sur la santé de la population.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les activités humaines ont, de façon générale, des répercussions sur l'environnement : accumulation de produits toxiques, dégradation des sols et de la qualité de l'eau, contamination de la chaîne alimentaire par des résidus de pesticides, de métaux lourds, etc. Le développement urbain et industriel, les modifications des pratiques agricoles et d'élevage ou encore le développement expansif du réseau énergétique peuvent aussi entraîner des impacts sur l'environnement et la santé humaine. Même en l'absence d'impacts quantifiables sur la santé physique des personnes, plusieurs situations environnementales peuvent avoir des impacts sociaux importants et affecter la qualité de vie et le bien-être des individus.

La législation québécoise prévoit certaines activités de planification ou d'évaluation de risque au cours desquelles la Direction de santé publique est appelée à intervenir. C'est le cas des différentes étapes de la révision des schémas d'aménagement des MRC, des évaluations d'impacts des projets industriels et publics et des audiences sur l'environnement. Ces interventions, régies par des ententes interministérielles, sont autant d'occasions d'associer une gestion saine du territoire avec la mise en place de conditions environnementales susceptibles de favoriser la santé et le bien-être.

QUELQUES DONNÉES

- Les quinze municipalités régionales de comté de la Montérégie ont entamé, en 1994, la révision de leurs schémas d'aménagement. Depuis, seulement cinq MRC ont complété cet exercice de révision. Dix MRC ont ou doivent apporter des modifications à une première version de leur schéma d'aménagement et une MRC est en voie de préparation du sien *(MAMSL, 2003)*.
- Plusieurs projets d'élimination (5 lieux d'élimination sanitaire, 14 dépôts de matériaux secs) pourraient être soumis à la procédure d'évaluation et d'examen des impacts au cours des prochaines années *(MENV, 1998)*.
- 1 821 terrains contaminés ont été répertoriés en Montérégie, certains étant connus depuis de nombreuses années (lagunes de Mercier, terrains de la compagnie Domtar, etc.). La plupart de ces terrains ont été contaminés par des hydrocarbures pétroliers ou des métaux lourds. Dans certains cas, une contamination de l'eau souterraine est également présente (Canton de Granby, Roxton Pond, etc.). Des évaluations d'impacts seront dans plusieurs cas exigées lors de la réhabilitation des sites *(MENV, 2003a)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Les professionnels du secteur Environnement de la DSP ont le mandat d'analyser et de commenter la deuxième génération des schémas d'aménagement des MRC au regard de tous les éléments en lien avec la santé environnementale. Les municipalités ou les MRC adoptent aussi des règlements qui doivent suivre un processus de consultation auquel la DSP participe (par exemple, les règlements sur la gestion des odeurs en milieu agricole).

La participation de la santé publique au processus des évaluations environnementales est importante et significative en termes de nombre de dossiers annuellement traités et de l'ampleur des analyses qu'elles commandent. Les types de projets nécessitant la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux sont multiples : construction d'infrastructures de production et de transport d'énergie, implantation ou agrandissement de lieux d'enfouissement sanitaire, d'infrastructures industrielles, construction ou amélioration d'infrastructures de transport, etc. D'autres situations nécessitent aussi l'implication de la santé publique en dehors du contexte habituel du processus d'évaluation environnementale réglementaire.

RÉSULTATS ATTENDUS

R Toutes les demandes d'examen de schémas d'aménagement des MRC du territoire et, au besoin, les projets de réglementation pouvant avoir un impact sur la santé publique feront l'objet d'un avis.

R Toutes les demandes d'examen et d'évaluation d'impacts relativement aux projets ayant des conséquences sur l'environnement, à l'implantation de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés auront été traitées.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Évaluer les impacts sur la santé et émettre des avis concernant les schémas d'aménagements des MRC et les projets de réglementation pouvant avoir un impact sur la santé publique; • Participer à l'examen et à l'évaluation des impacts des projets soumis ainsi qu'à la mise en œuvre de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés; • Représenter le MSSS lors de commissions du Bureau d'audiences publiques en environnement (BAPE).
MAMSL	• Coordonner la révision des schémas d'aménagement.
Milieu municipal	• Réviser leur schéma d'aménagement; • Aviser la DSP des projets de réglementations pouvant avoir un impact sur la santé publique.
MENV et autres ministères	• Collaborer à l'analyse de projets.
Promoteurs	• Réaliser des études d'impacts.

Cible 7
santé environnementale

PROTÉGER LA POPULATION RELATIVEMENT AUX INTOXICATIONS D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE ET AUX MENACES RÉELLES OU APPRÉHENDÉES

Les intoxications environnementales sont occasionnées par de nombreuses substances chimiques sous forme gazeuse, liquide et particulaire. Il existe un système provincial pour la déclaration des MADO chimiques. Cependant, ce système est très peu utilisé et les déclarations sont rarement faites même en présence d'une intoxication. Parmi celles-ci, les intoxications involontaires au monoxyde de carbone (CO) et à certains métaux sont les plus fréquemment déclarées en Montérégie.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Afin de protéger la santé de la population des menaces liées à l'environnement, il faut d'abord les identifier. Dans le cas de menaces réelles, une enquête doit être réalisée pour les caractériser et déterminer des mesures de protection appropriées et enfin voir à la mise en œuvre de ces mesures. Dans les situations de menaces appréhendées, elles doivent d'abord être identifiées, puis des plans de prévention et d'intervention doivent être élaborés avec tous les partenaires impliqués. Finalement, dans les situations d'urgence, il importe d'être en mesure de répondre de façon rapide et adéquate. Pour ce faire, l'existence d'un service assurant la garde et d'un plan de mesure d'urgence est essentielle.

QUELQUES DONNÉES

- En moyenne, 50 urgences de nature environnementale sont signalées annuellement à la DSP. Une dizaine d'entre elles sont qualifiées de majeure et nécessiteront des mesures d'intervention d'envergure (ex.: incendie dans un site d'entreposage de pneus à Franklin, incendie de PVC à Beauharnois, incendie de l'usine de textile Peerles à Acton Vale).
- Annuellement, environ 5 cas de MADO chimiques d'origine environnementale sont déclarés.
- En moyenne, annuellement, la Montérégie enregistre une centaine de cas d'intoxication involontaire au CO résultant en 3 décès, 15 cas sévères nécessitant l'utilisation du caisson hyperbarre et 85 cas d'intoxication au CO suffisamment sévères pour justifier une consultation au Centre Anti-Poison *(Comité provincial sur les intoxications au monoxyde de carbone au Québec, 1997)*. La plupart de ces cas ne sont pas signalés à la DSP.
- Peu de résidences sont munies d'un détecteur de CO en Montérégie. En 1998, 14 % de la population montérégienne possédait un tel détecteur. Seulement 3 % s'en est procuré un après la « crise du verglas ». Des facteurs liés à l'environnement (type de logement, statut de propriété) et à la scolarité seraient associés à l'utilisation du détecteur *(Prévost, 2000)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Des outils internes ont été élaborés pour répondre avec efficacité aux urgences environnementales. Un répertoire non exhaustif des industries à risque sur le territoire a été réalisé récemment. La DSP collabore aux travaux de divers comités de planification de mesures d'urgence en lien avec des risques industriels majeurs, par exemple les comités mixtes municipalités-industries (CMMI). Une intervention visant à augmenter la déclaration des MADO liées aux pesticides organophosphorés a été réalisée auprès des médecins de première ligne. Finalement, des outils d'information ont été diffusés auprès de publics cibles dans le cadre d'une campagne provinciale de prévention du CO.

RÉSULTATS ATTENDUS

■ 20 % des résidences ayant une source d'émission de CO seront munies d'un détecteur de CO.

[R] Toute déclaration de maladie ou d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale et tout signalement de menace à la santé auront été investigués.

[R] Tous les médecins de première ligne auront été sensibilisés à l'importance de déclarer une intoxication à déclaration obligatoire ou une MADO.

[R] La DSP aura participé aux démarches régionales relatives à l'évaluation et à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs et à la préparation des schémas de sécurité civile.

[R] Un plan de réponse aux urgences d'origine environnementale sera disponible.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Investiguer les signalements de menaces à la santé et réaliser des enquêtes lors d'IADO ou de signalement; • Sensibiliser et former les professionnels et médecins de première ligne à la déclaration obligatoire et au signalement; • Promouvoir l'utilisation d'un détecteur de CO auprès des organisations municipales, des distributeurs d'énergie (gaz, huile à chauffage, etc.) et des regroupements ciblés; • Offrir une expertise-conseil aux comités mixtes municipalité-industrie (CMMI) et aux municipalités lors d'analyse de risque; • Collaborer, sur demande, à l'élaboration des schémas et des plans de sécurité civile ainsi que des schémas de couverture de risques des municipalités; • Répondre aux urgences environnementales en tout temps et élaborer un plan d'urgence de réponse aux urgences d'origine environnementale; • Élaborer et mettre à jour des fiches d'intervention de « premières heures », selon les agents toxiques.
CLSC	• Signaler les menaces environnementales à la santé; • Collaborer aux enquêtes et à la diffusion de l'information auprès de la population; • Diffuser aux municipalités des informations requises par la Loi sur la sécurité civile; • Mettre en œuvre les mesures d'urgence attribuées au CLSC dans le plan de réponse aux urgences d'origine environnementale; • Signaler rapidement les urgences d'origine environnementale (Info-Santé CLSC).
CHSGS, cabinets médicaux, GMF	• Signaler les menaces environnementales à la santé; • Collaborer aux enquêtes et à la diffusion de l'information auprès de la population.
Médecins traitants et laboratoires	• Déclarer les IADO et collaborer aux enquêtes.
Municipalités et MRC	• Signaler les menaces environnementales à la santé et collaborer aux enquêtes; • Réaliser des schémas et des plans de sécurité civile ainsi que des schémas de couverture de risques; • Réaliser des analyses de risque.
Comité mixte municipalité-industrie	• Réaliser des analyses de risque.
Ministères et responsables de milieux de vie	• Signaler les menaces environnementales à la santé et collaborer aux enquêtes.
MENV et Centre antipoison du Québec	• Signaler rapidement les situations d'urgence environnementale.
Tous les établissements	• Élaborer un plan d'urgence interne.
Milieu municipal, distributeurs d'énergie et regroupements ciblés	• Promouvoir, auprès des citoyens ou de leur clientèle, des comportements sécuritaires relativement au CO.

3.3.3

La santé en milieu de travail

LE DOMAINE D'INTERVENTION PORTANT SUR LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL REGROUPE LES PROBLÈMES DE SANTÉ ATTRIBUABLES À L'EXPOSITION À DES AGRESSEURS PHYSIQUES, CHIMIQUES OU BIOLOGIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL AINSI QUE DES PROBLÈMES ASSOCIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES DES MILIEUX DE TRAVAIL ***(MSSS, 2003a).***

Les actions de santé en milieu de travail s'inscrivent principalement dans le cadre d'une entente MSSS-CSST[69] prévue en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (L.R.Q., c.M-19.2) et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., c.S-2.1). En Montérégie, les actions de santé publique effectuées dans le cadre de cette entente interpellent à la fois l'équipe régionale et sept équipes désignées en CLSC, soit :

- L'équipe du CLSC des Seigneuries qui couvre aussi les territoires des CLSC Longueuil-Ouest et Longueuil-Est;
- L'équipe du CLSC Kateri qui couvre aussi les territoires des CLSC Châteauguay, Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert;
- L'équipe du CLSC de la Haute-Yamaska qui couvre aussi les territoires des CLSC de la Pommeraie et de la MRC d'Acton;
- L'équipe du CLSC Seigneurie de Beauharnois qui couvre aussi les territoires des CLSC Huntingdon et La Presqu'Île;
- L'équipe du CLSC de la Vallée des Forts qui couvre aussi les territoires des CLSC Richelieu et Jardin du Québec;
- L'équipe du CLSC des Maskoutains qui couvre aussi le territoire du CLSC des Patriotes;
- L'équipe du CLSC du Havre qui couvre uniquement son territoire.

Ces actions demandent également la concertation et la collaboration des quatre directions régionales de la CSST présentes en Montérégie, notamment dans un exercice annuel de planification.

En plus des activités planifiées dans ce programme, les équipes devront répondre à un nombre croissant de demandes *ad hoc* (261 demandes en 2002) provenant de tous les secteurs d'activité. Ces demandes ad hoc sont formulées principalement par des employeurs, mais également par des comités de santé et sécurité et par des travailleurs. Les équipes de santé au travail peuvent aussi être appelées à effectuer des études d'hygiène industrielle dans le but de documenter les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles déposées par des travailleurs du territoire. Par ailleurs, des activités de promotion (salons de la santé et de la sécurité au travail, colloques régionaux) et de formation (ateliers sous-régionaux organisés par l'UPA) exigent des investissements en temps de la part des ressources en santé au travail.

Enfin, d'autres activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail, par exemple des activités touchant à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques ainsi qu'à l'adaptation et à l'intégration sociale, sont inscrites au cycle de vie « adultes[70] ».

Le PNSP prévoit des activités de recherche sur certains sujets liés plus particulièrement à la santé en milieu de travail, soit :

- les problèmes en émergence et les moyens efficaces de les prévenir, par exemple :
  - les problèmes de santé mentale au travail;
  - le harcèlement en milieu de travail;
  - les maladies cardiovasculaires attribuables au travail;
- la surveillance de certains problèmes de santé liés au travail;
- les moyens d'améliorer l'efficacité des activités visant à prévenir par exemple les lésions musculo-squelettiques, la béryllose, les intoxications, les maladies infectieuses et la surdité.

[69] Le financement des activités prévues dans le cadre de cette entente provient de la CSST.
[70] Ces activités sont financées à même les budgets de santé publique.

Cible 1
santé au travail

CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION ET AU MAINTIEN DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DES GROUPES PRIORITAIRES DÉFINIS PAR RÈGLEMENT

Le législateur avait initialement prévu que chaque établissement, peu importe son secteur d'activité économique, ait un jour un programme de santé qui lui soit spécifique.

Le *Règlement sur le programme de prévention* établit les catégories d'établissements auxquelles s'applique l'obligation d'avoir un programme de prévention qui doit inclure un programme de santé. Or depuis 1985, ce règlement n'a pas été modifié; en 2003, seuls les établissements des trois premiers groupes prioritaires sont donc couverts par les articles 58 et 113 de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

D'autre part, compte tenu de leur caractère mobile, les travailleurs des chantiers de construction et des entreprises de transport n'ont pas fait l'objet de la même intervention de la part du réseau public de santé au travail. Il en sera ainsi pour les prochaines années.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* prévoit l'élaboration d'un programme de santé spécifique aux établissements (PSSE) ayant pour objectif de diminuer l'incidence, la prévalence et les conséquences des maladies et des lésions professionnelles. Ces programmes doivent viser à réduire l'exposition des travailleurs à des risques biologiques, chimiques, physiques ou ergonomiques. Ils prévoient plusieurs actions telles que :

- L'identification et l'évaluation des risques pour la santé que peut présenter tout agresseur en milieu de travail, qu'il soit d'origine physique, chimique, biologique ou ergonomique;
- L'information et la formation à la fois des travailleurs et des employeurs relativement à la connaissance des risques, de leurs effets sur la santé et des moyens pour les éliminer, les prévenir ou les contrôler, en privilégiant le plus possible les actions de contrôle à la source;

TABLEAU 8

Les secteurs d'activité économique des trois premiers groupes prioritaires définis par la CSST

Groupe prioritaire I	Groupe prioritaire II	Groupe prioritaire III
1. Bâtiments et travaux publics	6. Industrie du bois (sans scierie)	11. Administration publique
2. Industrie chimique	7. Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique	12. Industrie des aliments et boissons
3. Forêts et scierie	8. Fabrication d'équipement de transport	13. Industrie du meuble et des articles d'ameublement
4. Mines, carrières et puits de pétrole	9. Première transformation des métaux	14. Industrie du papier et des activités diverses
5. Fabrication de produits en métal	10. Fabrication des produits minéraux non métalliques	15. Transport et entreposage

- Les mesures de surveillance médicale, adaptées selon les risques préalablement identifiés en vue de la prévention d'atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail;
- La mise sur pied de services de premiers secours et de premiers soins adaptés à la réalité de l'établissement selon les normes en vigueur.

QUELQUES DONNÉES

- On comptait 2 179 établissements ciblés en Montérégie en décembre.
- En janvier 2003, 1 999 établissements avaient un programme de santé.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En 2002, les sept équipes de santé au travail en CLSC ont élaboré des PSSE dans 120 établissements et ont fait des mises à jour dans 303 établissements. En 2003, ces équipes comptent élaborer quelque 80 nouveaux PSSE et faire des mises à jour dans 436 établissements. La planification spécifique 2004-2006 sera établie conjointement avec la CSST et les CLSC lors de l'exercice annuel.

Un portrait de la situation dans les entreprises montérégiennes a été réalisé dans le cadre de l'enquête Vision 2000. Celui-ci a permis principalement de mesurer l'ampleur de l'exposition des travailleurs aux agresseurs et ses effets sur la santé, la place occupée par les sessions d'information, la conformité au programme de premiers secours et premiers soins, les modifications réalisées dans les milieux de travail ainsi que l'engagement des établissements vis-à-vis la santé et la sécurité.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Tous les établissements ciblés des groupes prioritaires I, II ou III auront un programme de santé spécifique aux établissements (PSSE) tel que défini par la Loi.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé spécifiques aux établissements (formation, élaboration de cadres de référence, élaboration d'outils d'interventions, etc.); • Offrir une expertise-conseil.
CLSC	• Élaborer et mettre en œuvre des programmes de santé spécifiques aux établissements dans les établissements ciblés.
CSST	• Soutenir la mise en œuvre des programmes de santé spécifiques aux établissements.
Milieux de travail ciblés	• Collaborer à la mise en œuvre des programmes de santé spécifiques aux établissements.

Cible 2
santé au travail

CONTRIBUER À LA PRÉVENTION DES ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE ATTRIBUABLES AUX MILIEUX DE TRAVAIL

Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) vise la travailleuse enceinte ou qui allaite afin de s'assurer que ses conditions de travail ne comportent pas de dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité ou, au regard de sa condition de grossesse, pour la travailleuse elle-même.

Si le travail présente un tel danger, la travailleuse a droit à une nouvelle assignation à un poste sécuritaire. Si une telle assignation n'est pas possible, la travailleuse peut bénéficier d'un retrait préventif (articles 39 à 45 de la LSST). Les équipes de santé au travail doivent favoriser l'élimination, la prévention ou le contrôle des risques à la source.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

Les issues de grossesse défavorables sont d'origine multifactorielle et il est reconnu que des éléments du milieu de travail peuvent y contribuer, tels que des agents chimiques, biologiques, physiques ou ergonomiques. Par exemple, certaines conditions ergonomiques dans lesquelles évoluent les travailleuses enceintes (station debout prolongée, port de lourdes charges, etc.) sont associées à des taux plus élevés de naissances prématurées, de retard de croissance, d'avortements spontanés et de mort-naissances *(Mozurkewich et autres, 2000)*.

QUELQUES DONNÉES

En 2002, les équipes de CLSC ont répondu à 4 249 demandes dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Actuellement, chaque CLSC s'est doté d'une politique de traitement de ces demandes et une table régionale réunissant les médecins conseils de l'équipe régionale et les médecins désignés des équipes locales travaille à mettre à jour les connaissances et à harmoniser les pratiques.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Toutes les demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite auront été traitées conformément aux pratiques prévues, aux guides ou aux protocoles établis.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre du programme et l'harmonisation des pratiques (animation de la table régionale, élaboration de guides de pratiques et de lignes directrices).
CLSC	• Identifier les risques et acheminer la recommandation au médecin traitant de la travailleuse enceinte ou qui allaite; • Collaborer à l'élaboration des guides de pratiques; • Informer les femmes enceintes ou qui allaitent de ce programme.
Médecins traitants et pharmaciens	• Informer les femmes enceintes ou qui allaitent de ce programme.
Milieux de travail	• Appliquer les recommandations.

Cible 3
santé au travail

RÉDUIRE L'EXPOSITION DES TRAVAILLEURS À UN RISQUE SPÉCIFIQUE OU À UN ENSEMBLE DE RISQUES ASSOCIÉS À UN PROCÉDÉ OU À UN SECTEUR D'ACTIVITÉ PARTICULIER

Plusieurs programmes s'inscrivent dans le cadre de projets provinciaux et doivent être mis en œuvre par les équipes de CLSC, en collaboration avec l'équipe régionale en santé au travail, la CSST et diverses associations sectorielles patronales. Ces projets suivent des objectifs précis et leurs résultats font l'objet d'une évaluation provinciale.

D'ici 2007, différents programmes devraient toucher les thématiques suivantes :

- troubles musculo-squelettiques;
- amiante dans le secteur de la construction;
- bruit dans le secteur des scieries;
- poudrage électrostatique;
- isocyanates chez les carrossiers;
- béryllium;
- risques associés à l'utilisation de chariots élévateurs, notamment le risque d'intoxication au monoxyde de carbone;
- risques biologiques associés au travail de pompier premier répondant, pompier, policier, agent des services correctionnels, employé des stations d'épuration, égoutier, opérateur d'unité mobile de pompage, employé des centres de tri ou compostage et éboueur.

Enfin, des problématiques en émergence telles que les risques associés à l'exposition à la silice sur des chantiers de construction ou encore à l'exposition au manganèse sont étudiées actuellement au niveau provincial et pourraient faire l'objet de projets provinciaux d'ici quelques mois[71].

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

À la suite d'un exercice de planification ou pour répondre à un problème en émergence, le MSSS et la CSST ont décidé d'unir leurs efforts pour contrer de façon uniforme dans la province certains problèmes spécifiques de santé. Chaque programme intégré d'intervention comporte un état de situation au regard de la problématique qu'il cible ainsi que des objectifs et des indicateurs de résultats.

QUELQUES DONNÉES

Plus de 40 % des coûts totaux d'indemnisation pour des lésions d'origine professionnelle sont affectés à l'indemnisation des travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques au Québec *(CSST, 2002)*.

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

En 2002, 421 établissements ont fait l'objet d'au moins une intervention dans le cadre des programmes intégrés d'intervention.

Dans les dernières années, plusieurs programmes provinciaux ont été implantés portant notamment sur la réduction de l'exposition au styrène, la prévention de la silicose associée au décapage au jet, la réduction de l'exposition des travailleurs aux gaz et fumées de soudage, l'information sur les risques à la santé et à la sécurité reliés à l'utilisation de l'ammoniac comme liquide réfrigérant.

[71] D'autres programmes pourraient encore s'ajouter d'ici 2006.

RÉSULTATS ATTENDUS

■ Les activités prévues pour le volet santé des projets provinciaux ciblant des risques spécifiques ou un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier auront été réalisées et évaluées en fonction des objectifs spécifiques à chaque projet.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Soutenir la mise en œuvre des programmes intégrés d'intervention (formation, évaluation, expertise-conseil).
CLSC	• Mettre en œuvre les programmes intégrés d'intervention dans les établissements ciblés et collaborer à l'évaluation.
Milieux de travail ciblés	• Collaborer à la mise en œuvre des programmes intégrés d'intervention.
CSST-Associations paritaires	• Soutenir la mise en œuvre des programmes intégrés d'intervention.

Cible 4
santé au travail

ASSURER LA SURVEILLANCE ET LE CONTRÔLE DES CAS D'INTOXICATION OU DE MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE AINSI QUE L'INVESTIGATION D'AGRÉGATS PRÉSUMÉS LIÉS AU TRAVAIL

Les intoxications chimiques en milieu de travail peuvent être occasionnées par de nombreuses substances. Le système provincial pour la déclaration des intoxications à déclaration obligatoire (IADO) permet de recueillir cette information. D'ailleurs, presque la totalité des IADO qui sont déclarées le sont dans le cadre d'activités de surveillance effectuées par les équipes de santé au travail dans des milieux où le risque d'exposition a été documenté.

LE BIEN-FONDÉ DES ACTIONS PRÉVUES

La surveillance permet d'identifier les problèmes pouvant mettre en danger la santé des travailleurs. Le directeur de santé publique peut instituer une enquête épidémiologique lorsqu'il reçoit une déclaration d'une intoxication chimique professionnelle à déclaration obligatoire, ou encore lorsqu'il reçoit le signalement d'une menace réelle ou appréhendée (éclosion, agrégat ou cas isolé). L'enquête lui permet principalement de caractériser l'événement et d'évaluer les risques à la santé et l'urgence de la situation. Par la suite, il mettra en œuvre ou recommandera les mesures de protection nécessaires. Il détient un pouvoir d'ordonner afin d'empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer. Dans tous les cas, comme il est mentionné dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la réduction des risques à la source doit être privilégiée.

QUELQUES DONNÉES

Le tableau ci-dessous présente les données pour l'année 2002. Un gain important concerne le nombre de plombémies élevées qui diminue graduellement depuis quelques années[72]. Celles-ci proviennent surtout de trois types d'entreprises : le recyclage de batteries, les ateliers de radiateurs et la fabrication de tuyaux d'orgues *(DSP, 2003)*. Pour les autres types d'intoxications chimiques, le niveau de déclaration est demeuré relativement stable par rapport aux années précédentes.

TABLEAU 9

Intoxications chimiques professionnelles ayant fait l'objet d'une déclaration en Montérégie en 2002

Agresseur chimique	Nombre de travailleurs visés
Arsenic	7
Chrome	7
Manganèse	2
Nickel	1
Plomb	102
Styrène	4
Zinc	1

LE POINT DE DÉPART EN MONTÉRÉGIE

Comme par les années passées, la quasi-totalité des cas déclarés d'intoxication par agents chimiques est tributaire des activités de surveillance médicale menées par les intervenants en santé au travail dans les milieux où le risque d'exposition est déjà documenté. Les cas déclarés ne peuvent donc pas être considérés comme un reflet exact de la situation sur l'ensemble du territoire de la Montérégie. Peu d'actions ont eu lieu afin de promouvoir la déclaration des IADO d'origine professionnelle.

[72] Le niveau des plombémies déclarées diminue également : seulement 23 des 102 résultats inscrits atteignent 1,93 µmol/l ou plus, seuil à partir duquel des symptômes peuvent être ressentis et aucun ne dépasse le seuil d'intoxication (2,90 µmol/l).

Des modifications sont attendues concernant les seuils de déclaration de certaines IADO. Il sera donc nécessaire de faire connaître ces changements aux médecins concernés et aux responsables des laboratoires.

RÉSULTATS ATTENDUS

- [R] Tous les intervenants du réseau de la santé au travail auront reçu de l'information sur la mise à jour de la liste des MADO.
- [R] Toute déclaration de maladie ou d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine professionnelle aura fait l'objet d'un suivi et d'une intervention en entreprise.
- [R] Tout agrégat présumé relié au travail aura été évalué et aura fait l'objet d'une réponse.

Rôles et contributions attendus

DSP	• Réaliser les enquêtes épidémiologiques et appliquer les protocoles d'intervention; • Collaborer à l'élaboration des protocoles d'intervention provinciaux; • Offrir une expertise-conseil aux intervenants du réseau.
CLSC	• Collaborer à l'enquête d'hygiène industrielle; • Assurer au besoin le suivi médical.
Médecins traitants et responsables des laboratoires	• Déclarer les intoxications à déclaration obligatoire d'origine professionnelle; • Collaborer à l'application des protocoles d'intervention.
Milieux de travail	• Collaborer aux enquêtes épidémiologiques et à l'application des mesures.

3.4 Les menaces à la santé et le plan de mobilisation

Conformément à l'article 12 de la *Loi sur la santé publique* :

« Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique d'un territoire en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. »

Tel que défini par ladite loi, ce plan de mobilisation s'inscrit en matière de protection de la santé publique, notamment lorsque des menaces à caractères biologique, chimique ou physique sont réelles ou appréhendées.

Il existe déjà des documents qui prévoient la mobilisation de ressources dans certains contextes. Par exemple, dans le Plan québécois des urgences infectieuses des maladies à surveillance extrême (botulisme, choléra, fièvres hémorragiques, fièvre jaune, peste, variole), il est établi que le directeur de santé publique doit, en présence d'une de ces maladies sur son territoire :

- recourir aux services d'experts consultants et coordonner les activités;
- appliquer les mesures de surveillance et de contrôle appropriées.

De plus, nous n'avons qu'à penser aux événements de janvier 1998 (verglas) pour comprendre l'importance de la mobilisation des ressources du réseau et de nombreux partenaires, notamment des milieux communautaire et municipal, en cas de crise.

Dans ce contexte, sans toutefois établir de contrat formel, les directions des établissements de santé et de services sociaux doivent reconnaître leur rôle de partenaires et, de concert avec le directeur de santé publique, mettre à la disposition de ce dernier les ressources médicales, infirmières ou d'autres natures nécessaires à l'intervention prescrite par le directeur de santé publique lorsque la situation l'exige.

Selon l'article 97 de la *Loi sur la santé publique* :

« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »

Les partenaires du réseau doivent donc reconnaître le caractère obligatoire d'une telle mesure. Le plan de mobilisation fera l'objet d'un document complémentaire et répondra aux objectifs suivants :

- Toutes les directions d'établissements et ressources médicales du territoire connaîtront l'existence des dispositions légales du plan de mobilisation des ressources;
- Les plans de mesures d'urgence des établissements seront accessibles au directeur de santé publique;
- La procédure de mise en application du plan de mobilisation sera élaborée par la Direction de santé publique en collaboration avec les autres directions de la Régie régionale concernées et sera connue des partenaires du réseau.

3.5 Le plan de surveillance continue de l'état de santé de la population

Selon la *Loi sur la santé publique*, la fonction **surveillance** est un processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants. L'exercice de cette fonction permet de dresser un portrait global de l'état de santé de la population, d'observer les tendances et les variations temporelles et spatiales, de détecter les problèmes en émergence, d'identifier les problèmes prioritaires, d'élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population et de suivre l'évolution de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

La fonction surveillance permet de soutenir l'action en rendant disponible, en temps opportun, une information utile et utilisable pour le réseau de la santé publique et ses partenaires. Elle permet aussi au directeur régional de santé publique d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque, conformément à la responsabilité qui lui est confiée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

La *Loi sur la santé publique* crée l'obligation pour chacune des directions de santé publique, tant nationale que régionales, d'élaborer des plans de surveillance continue de l'état de santé de la population de leur territoire. À partir des éléments de ces plans, des rapports national et régionaux de santé publique, aussi prescrits par la loi, seront produits par les directions concernées. Tous les projets de plans de surveillance doivent être soumis au Comité d'éthique de santé publique (CÉSP) créé dans le cadre de ladite loi.

Des travaux sont en cours à l'échelle provinciale pour définir une base commune à tous ces plans, de façon à mieux coordonner l'ensemble des activités de surveillance et à minimiser la charge de travail tant pour les directions de santé publique que pour le CÉSP. Chaque direction de santé publique pourra ensuite bonifier ce plan de surveillance de base en tenant compte de ses besoins spécifiques.

Le plan de surveillance, document complémentaire du plan d'action régional, sera élaboré à partir des principes suivants :

- **Surveillance exhaustive.** Les objets de surveillance devront être suffisamment variés et exhaustifs pour permettre une description générale de l'état de santé de la population et de ses déterminants. En effet, pour déterminer des problèmes prioritaires, saisir les problèmes en émergence ou élaborer des scénarios prospectifs, il est nécessaire que les objets de surveillance couvrent tout le champ de la santé de la population et de ses déterminants. Ce type d'information peut contribuer à la mise à jour du PAR, tel que prévu par la loi;
- **Comparabilité.** Le plan de surveillance montérégien intégrera les objets de surveillance identifiés comme base commune pour les divers plans de surveillance national et régionaux;
- **Mise en évidence des disparités intrarégionales.** La Montérégie est un vaste territoire qui comporte des disparités aux plans économique, social et de santé. La surveillance continue de l'état de santé doit tenir compte de ces disparités. Toutefois, les données ne sont pas toujours disponibles à l'échelle sous-régionale ou locale; il faut prévoir mener des études complémentaires à cette fin;

- **Mise en évidence des disparités selon le sexe.** Les objets de surveillance et les données qui s'y rattachent devront permettre une analyse différenciée des problèmes de santé et de bien-être (et de leurs déterminants) spécifiques aux hommes et aux femmes, et ce, aux divers âges de la vie;
- **Surveillance adaptée aux particularités du PAR.** Une partie des objets de surveillance découlera des cibles d'action du PAR et servira notamment à suivre l'évolution des indicateurs sociosanitaires qui y sont associés;
- **Possibilité de développement.** Le plan de surveillance pourra intégrer des projets visant le développement de nouveaux outils pour répondre à des besoins de surveillance, d'évaluation ou de recherche en lien avec des programmes implantés de façon très dynamique en Montérégie. Les projets visant le développement d'un registre régional de cancer en sont un exemple.

Le Plan de surveillance ne pourra se réaliser sans la collaboration de nombreux partenaires. Les CLSC, les médecins, les laboratoires médicaux privés et publics, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires ainsi que les autres ministères et partenaires intersectoriels contribueront à l'exécution de ce plan en fournissant les données nécessaires.

3.6 La recherche et l'innovation

Le Plan d'action régional met de l'avant un ensemble d'activités ayant démontré leur efficacité, c'est-à-dire leur capacité à améliorer la santé et le bien-être de la population. L'examen attentif de la littérature ayant été entrepris pour l'élaboration du PNSP a montré les limites des connaissances actuelles. Ainsi, certaines interventions déjà en place et prometteuses ont été peu étudiées et n'ont pu, par conséquent, être retenues dans le PNSP et le PAR 2004-2007. Ces interventions pourront toutefois être retenues en tant que priorités de recherche. Rappelons qu'un document complémentaire au PNSP viendra préciser les priorités de recherche et d'innovation au niveau provincial. Ainsi, l'évolution du savoir et des problèmes de santé publique dictera l'émergence d'opportunités d'intervention qui devront faire l'objet d'études afin de s'assurer qu'elles répondent bien aux particularités et besoins des Montérégiens.

Axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques, la recherche et l'innovation permettront donc de soutenir et d'alimenter la mise en œuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux. Tout en tenant compte des ressources disponibles, la contribution régionale pourrait se réaliser en collaboration avec d'autres partenaires (MSSS, INSPQ, autres régions, etc.). La participation des CLSC et de leurs partenaires locaux à des recherches entreprises par l'INSPQ et par la DSP permettra de contribuer au développement de l'offre de service de santé publique, et ce, en lien avec les besoins locaux identifiés.

3.7 L'évaluation du plan d'action régional

Les récents développements législatifs ont réaffirmé la nécessité, pour les administrations publiques, de procéder à l'évaluation de leurs plans d'action. La *Loi sur la santé publique* stipule que le *Programme national de santé publique* (PNSP), les plans d'action régionaux (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) « doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats ». Les organisations sont ainsi tenues d'évaluer le degré d'atteinte de leurs objectifs, d'analyser les facteurs qui auront permis de les atteindre, de les dépasser ou qui auront empêché de les atteindre, puis de rendre compte de ces résultats de façon officielle *(Secrétariat du Conseil du trésor, 2002)*. La *Loi modifiant la loi sur les services de santé et des services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (Loi 28) renforce également les responsabilités des régies régionales et introduit des mécanismes visant à accroître l'imputabilité entre le MSSS, les régies régionales et les établissements.

Toutefois, la pertinence d'évaluer les activités mises de l'avant dépasse largement le cadre légal ou la reddition de compte. En effet, la connaissance de l'évolution des activités mises en œuvre dans le cadre du plan d'action régional et des plans d'action locaux facilitera la prise de décision et la mise en place des correctifs indispensables à l'amélioration de l'offre de service en santé publique dans la région ainsi qu'à l'atteinte des objectifs sociosanitaires visés par le PNSP.

Pour ce faire, et en conformité avec le PNSP, les activités d'évaluation du PAR comporteront trois axes :

1) l'appréciation du degré d'atteinte des résultats attendus telle que documentée par les données issues des suivis de gestion, permettra de documenter les progrès réalisés en matière d'offre de service en santé publique;

2) le suivi des indicateurs sociosanitaires, en lien avec les objectifs sociosanitaires du PNSP, permettra de suivre l'évolution de l'état de santé des Montérégiens. L'élaboration du plan de surveillance continue de l'état de santé des Montérégiens devra donc tenir compte, entre autres, des informations nécessaires à la réalisation de ce volet de l'évaluation;

3) des études évaluatives spécifiques à certains programmes ou activités permettront d'analyser plus en profondeur certains aspects de ces derniers.

De plus, une attention particulière sera accordée à la mise en place des conditions d'implantation et de réalisation du PAR ainsi qu'à leur contribution au déploiement des activités qui y sont associées.

L'ARTICULATION DES ÉTUDES ÉVALUATIVES

Basée sur le PNSP, la concrétisation du PAR repose notamment sur l'élaboration et l'implantation des PAL. Cette interrelation entre les divers plans exigera une grande souplesse dans l'articulation de l'évaluation. En effet, afin de maximiser la pertinence et l'utilité des résultats de l'évaluation au profit des acteurs locaux, régionaux et provinciaux, les études évaluatives devront pouvoir s'adapter à cette réalité sans pour autant faire de compromis sur leur rigueur. Pour ce faire, trois phases successives seront requises.

Dans un premier temps, une analyse de tous les projets d'évaluation en cours et projetés sera réalisée. Ainsi, une identification des besoins en matière d'études évaluatives sera faite pour chacun des cycles de vie et pour le secteur de la protection de la santé en tenant compte des diverses catégories de programmes ou d'activités retenues au PAR. Par la suite, en concertation avec les CLSC et à l'aide de critères bien définis, un comité sera invité à identifier les priorités en matière d'études évaluatives reliées au PAR. Un ordre de priorité sera ainsi établi parmi l'ensemble des besoins ayant été spécifiés précédemment.

Lorsque les priorités auront été choisies, le cadre logique (ex. : activités principales, clientèles cibles, résultats attendus dans le temps, variables à mesurer, etc.) des programmes qui y sont rattachés devra faire l'objet d'une analyse en profondeur afin d'orienter judicieusement la nature des évaluations à réaliser (ex. : dispositifs, aspects méthodologiques concrets, sources de données).

Un tel exercice concerté s'impose puisque l'interdépendance entre les divers plans (PNSP, PAR, PAL) nécessite un partenariat entre les différents paliers, et ce, tout au long des étapes partant de la planification jusqu'à l'évaluation. Une étroite collaboration entre les différents acteurs est d'ailleurs un gage de succès dans le processus d'évaluation. En outre, les ressources dédiées à l'évaluation demeurent limitées à chaque palier. Il importe donc de les utiliser de manière optimale et efficiente.

L'APPROCHE PARTICIPATIVE

Pour mener à bien la réalisation des phases décrites ci-dessus, l'approche participative constituerait un atout précieux. En effet, la participation d'acteurs concernés et intéressés par l'évaluation facilite la planification et la réalisation d'étapes cruciales de la démarche d'évaluation telles que la collecte des données, la validation de l'analyse et de l'interprétation des résultats ainsi que le transfert des connaissances et l'aide à la décision.

Le souci de maximiser l'utilisation des données[73] est également bien servi par l'approche participative. En effet, en regroupant des participants d'expertises et de fonctions variées, cette approche multiplie les perspectives et préoccupations exprimées, facilitant ainsi l'identification des différents besoins d'information. Bien qu'il soit trop tôt pour le définir précisément, un mécanisme favorisant la participation d'acteurs externes devra être mis en place, car leur contribution est cruciale pour la réussite de la démarche.

Bien que l'évaluation du plan d'action régional et des plans d'action locaux relève d'une obligation légale, elle constitue d'abord et avant tout un outil essentiel pour parvenir à assurer des services de qualité en santé publique à toute la population montérégienne. Il importe donc que les principaux acteurs impliqués se dotent des mécanismes nécessaires afin d'être en mesure de procéder à des activités d'évaluation pertinentes et dont les résultats seront utiles pour la prise de décision à venir.

Le plan d'évaluation fera l'objet d'un document complémentaire au plan d'action régional, disponible dans les prochains mois.

73 Servir le plus de finalités possibles (ex. : reddition de compte, rétroaction, prise de décision) et répondre aux préoccupations du plus grand nombre de paliers décisionnels à la fois.

Les conditions de réalisation du plan d'action régional

Ce n'est qu'à travers son implantation et celle des plans d'action locaux que le plan d'action régional *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie* contribuera réellement à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montérégienne. Bien que l'actuelle réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux soulève plusieurs préoccupations, la nouvelle *Loi sur la santé publique* ainsi que le *Programme national de santé publique 2003-2012* sont des éléments structurants dont se sont dotés le gouvernement du Québec et son réseau de santé publique et qui justifient la poursuite des travaux. Par ailleurs, plusieurs conditions sont nécessaires afin de garantir plus spécifiquement le succès de l'implantation du PAR dans notre région.

1 L'adhésion et l'appropriation du plan d'action régional par l'ensemble des acteurs concernés

Le plan d'action régional de santé publique, élaboré à partir du PNSP, se veut un projet rassembleur pour l'ensemble des acteurs souhaitant améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de la région. L'adhésion de ces acteurs aux cibles d'action, aux interventions proposées et aux résultats attendus ainsi que leur appropriation du contenu du PAR sont essentielles pour sa mise en œuvre tant au niveau régional qu'au niveau local. Les différents mécanismes de concertation et d'échanges établis avec les CLSC et différents partenaires au cours de l'élaboration du PAR ont contribué à favoriser, nous l'espérons, cette appropriation et cette adhésion. L'avis donné par les membres du Forum de la population reflète également la concordance entre le contenu du PAR et leurs préoccupations à l'égard des actions à mettre en place afin d'améliorer la santé de la population montérégienne.

2 L'élaboration et l'implantation des plans d'action locaux de santé publique

L'élaboration du plan d'action régional n'est que la première étape de l'implantation du PNSP. La *Loi sur la santé publique* accorde à cet effet un nouveau rôle aux CLSC : élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour un plan d'action local de santé publique en concertation, notamment avec les organismes communautaires concernés. Ce plan doit définir les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional. La loi indique également que des mécanismes de reddition de comptes doivent être prévus.

L'adhésion des instances décisionnelles des CLSC à la démarche d'élaboration du PAL est fondamentale afin d'identifier les actions les mieux adaptées à la population tout en assurant la cohérence de ces actions avec le PAR et le PNSP. L'implication des principaux partenaires locaux concernés à l'élaboration des PAL est essentielle pour favoriser l'adhésion de ces partenaires aux PAL et pour développer les partenariats nécessaires à l'atteinte des résultats. Cette nouvelle responsabilité légale dévolue aux CLSC assure désormais un leadership local en matière de santé publique. Considérant que l'ensemble des partenaires locaux mettent déjà en commun leurs efforts afin de répondre aux besoins de la population, cette planification locale permettra donc d'assurer une meilleure complémentarité et une plus grande synergie entre les différents partenaires.

Enfin, la Direction de santé publique s'engage à rendre disponible à chacun des CLSC une personne-ressource afin d'épauler la personne responsable de l'élaboration du PAL au CLSC. Une boîte à outils contenant différentes informations utiles à l'élaboration des PAL, dont les données du portrait de santé et un portrait des ressources disponibles en santé publique, sera remise à chaque CLSC.

3 L'intégration des actions de santé publique dans l'ensemble des services du réseau de la santé et des services sociaux

Les actions de santé publique doivent s'ancrer dans la gamme des services sociosanitaires offerts, et ce, particulièrement au niveau des services de première ligne des CLSC, des GMF et

des cabinets médicaux. Par exemple, les pratiques cliniques préventives nécessitent d'être davantage intégrées au travail quotidien des professionnels. Ceci constitue un défi de taille, et ce, particulièrement dans le contexte actuel de réorganisation (réseaux locaux, implantation de GMF, etc.). L'élaboration des PAL constitue certes une opportunité de positionner les différentes actions de santé publique dans la gamme des services du réseau, particulièrement de première ligne, ainsi que l'importance d'agir en amont des problèmes de santé et de bien-être de la population.

4. Une collaboration sectorielle et intersectorielle accrue

L'atteinte des résultats attendus du PAR dépend de la collaboration de nombreux partenaires tant du réseau de la santé et des services sociaux que d'autres secteurs (communautaire, municipal, scolaire, emploi, environnement, etc.). Ce projet réussira à être rassembleur en misant sur la reconnaissance de l'interdépendance entre les acteurs pour intervenir sur des problématiques complexes.

> *« Il y a interdépendance quand les problématiques sont collectives, c'est-à-dire quand aucun acteur ou organisation n'a toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur ou organisation du champ est confronté » (Champagne et autres, 2003).*

Par exemple, l'arrimage des actions de santé publique avec les actions prévues dans l'entente cadre de développement 2001-2006 du Conseil régional de développement de la Montérégie est nécessaire pour la réalisation de certaines cibles d'action du PAR, particulièrement celle visant à améliorer les conditions de vie et à favoriser le développement des communautés.

Une majorité de représentants régionaux des partenaires sectoriels et intersectoriels ont été rencontrés afin de s'assurer que leurs contributions attendues dans le PAR représentent bien l'apport qu'ils peuvent réaliser. Ces échanges et les ajustements qui en ont résulté faciliteront, nous l'espérons, la collaboration de ces réseaux pour atteindre les résultats attendus identifiés dans le PAR et les PAL.

Enfin, le respect des missions, des valeurs et des approches des différents partenaires est essentiel afin d'établir de véritables partenariats et des collaborations fructueuses.

5. Des ressources financières disponibles

Le respect des enveloppes budgétaires dédiées au programme de santé publique est une condition majeure pour la réalisation du PAR et des PAL. Dans une région où le financement *per capita* du réseau de la santé est parmi les plus faibles, cette condition revêt encore plus d'importance considérant la forte pression exercée par les besoins de services curatifs. Cette situation amène souvent les établissements à faire des choix difficiles, souvent au détriment de la prévention et de la promotion de la santé.

Le déploiement des actions et des interventions du PAR et des PAL devra compter sur les ressources financières disponibles actuellement. Selon le Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC – 2001-2002 *(MSSS, 2002b)*, les ressources investies dans les CLSC et la Direction de santé publique de la Montérégie totalisent plus de 43 millions de dollars. De plus, une somme d'environ 8 millions de dollars a été accordée à des établissements de santé (autres que les CLSC) et des organismes communautaires pour implanter des programmes et des activités de santé publique pour l'année 2002-2003.

Enfin, l'implantation du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 nécessiterait, selon notre estimé, un nouvel investissement de l'ordre d'environ 17 millions de dollars (tableau 10). Ce montant sera reprécisé à la suite de la réception des plans d'action locaux dans lesquels les CLSC indiqueront les conditions de réalisation, dont les besoins financiers, nécessaires à l'implantation des actions retenues pour leur territoire.

6. Des ressources humaines disponibles, qualifiées et disposées à s'engager

Les ressources humaines étant les leviers sur lesquels repose le succès de la mise en place de tout programme de santé, il importe de compter sur la disponibilité de ressources humaines qualifiées et disposées à s'engager à l'atteinte des résultats du PAR et des PAL.

Un portrait détaillé des ressources actuellement disponibles dans le réseau de santé publique est nécessaire afin de planifier les besoins de recrutement, de relève et de formation. Bien que plusieurs cibles d'action du PAR soient déjà en place au niveau local, on note un manque de ressources humaines pour mener l'ensemble des actions de santé publique prévues et plus particulièrement celles qui visent la prévention des traumatismes non intentionnels, la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation ainsi que la santé environnementale. De plus, certaines actions de santé publique, telles les services médicaux

en clinique jeunesse, n'étant pas considérées comme activités médicales particulières prioritaires, une attention spéciale devra être accordée à cette nouvelle réalité.

La volonté des ressources humaines à s'engager envers les actions à entreprendre et les résultats à atteindre est nécessairement influencée par le niveau d'engagement de leur organisation. Il importe donc que les instances décisionnelles du CLSC soutiennent cette volonté. Celle-ci est également influencée par l'ampleur du changement demandé par rapport aux tâches actuelles. Une période de transition et des mesures de soutien pour les ressources humaines des CLSC et des autres établissements et organismes devront donc être prévues (formation, élaboration d'outils d'intervention, etc.).

En résumé, la disponibilité des ressources, le maintien et le développement de leur expertise, leur encadrement et leur stabilité sont des composantes majeures de la réussite du PAR et des PAL.

7 Des mécanismes facilitant le suivi et les ajustements du PAR

Un comité régional de suivi sera formé afin d'assurer l'implantation du PAR ainsi que l'élaboration et l'implantation des plans d'action locaux. Ce comité mettra en place des mécanismes visant à faciliter la mise en réseau et le partage d'informations entre les acteurs, à renforcer la coopération entre les différents acteurs et à assurer l'intégration et la complémentarité des services. Ce comité assurera le suivi de la mise en place des conditions de réalisation du PAR ainsi que celles identifiées dans chacun des plans d'action locaux.

L'évaluation demeure un préalable incontournable à ce suivi en procurant les informations nécessaires pour l'identification des correctifs essentiels à l'atteinte des résultats attendus et pour l'amélioration des services en santé publique. Pour ce faire, la collecte des informations pertinentes aux niveaux local et régional, incluant les suivis de gestion, constitue une matière première et représente la pierre angulaire du processus d'évaluation.

8 Un plan de communication qui accompagne chaque étape

Des activités de communication s'avèrent essentielles afin de favoriser l'appropriation du contenu du plan d'action régional et des plans d'action locaux par les différents acteurs interpellés et de transmettre les informations relatives à leur mise en œuvre. Un plan de communication sera rédigé et discuté avec le comité régional de suivi.

TABLEAU 10

Budget annuel récurrent de santé publique disponible en Montérégie en 2001-2002 et estimation du budget annuel récurrent supplémentaire nécessaire pour la réalisation du PAR 2004-2007

	Budget récurrent disponible en 2001-2002					Budget récurrent supplémentaire nécessaire pour la réalisation du PAR 2004-2007			
Domaines du PNSP	DSP[1]	CLSC[1]	Établissements[2] dispensateurs	Organismes[2] communautaires	TOTAL	Au niveau régional	Au niveau local	TOTAL	GRAND TOTAL
Développement et adaptation sociale	1 948 227	19 423 404	219 150	1 642 091	23 232 872	--	6 502 000	6 502 000	29 734 872
Habitudes de vie et maladies chroniques	3 135 718	3 261 543	845 350	122 513	7 365 124	150 000	2 990 000	3 140 000	10 505 124
Traumatismes	271 351	323 227	--	--	594 578	--	2 050 000	2 050 000	2 644 578
Maladies transmissibles	1 312 849	3 547 848	5 000	108 000	4 973 697	450 000	1 722 000	2 172 000	7 145 697
Santé environnementale	771 998	152 812	--	--	924 810	300 000	--	300 000	1 224 810
Santé en milieu de travail	941 748	5 904 374	--	--	6 846 122	--	--	--	6 846 122
Développement des communautés	205 976	1 302 494	--	5 113 943[3]	6 622 413	--	2 405 000	2 405 000	9 027 4123
Autres[4]	1 094 936	--	--	--	1 094 936	425 000	--	425 000	1 519 936
TOTAL	**9 682 803**	**33 915 702**	**1 069 500**	**6 986 547**	**51 654 552**	**1 325 000**	**15 669 000**	**16 994 000**	**68 648 552**

[1] Les budgets inscrits proviennent du Portrait des ressources de santé publique 2001-2002 effectué par le MSSS – en y ajoutant le budget du programme PSJP et de soutien éducatif.

[2] Les budgets inscrits proviennent des données du budget santé publique de l'enveloppe de crédits 2002-2003, auxquelles le montant récurrent du PSJP a été ajouté.

[3] Composé des allocations sécurité alimentaire, soutien aux aidants naturels, NEGS et PSJP (volet intersectoriel), A toute jeunesse (volet organismes communautaires), PSBE (volet prévention-promotion) et Personnes âgées en perte d'autonomie.

[4] Comprend les activités de surveillance, de communication ainsi que le soutien administratif.

Références

CORRESPONDANCE ENTRE LES SIGLES DES ENQUÊTES ET LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sigle de l'enquête	Référence bibliographique
ESS 1998	Données régionales : Sauvageau, 2001 Données québécoises : Daveluy, C., et autres, 2000
EQLA 1998	Camirand, J., et autres, 2001
ESCC 2000-2001	Institut de la statistique du Québec, 2003
ESCC 2002	Statistique Canada, 2003

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2003, en ligne).
Mission d'un CLSC, [www.clsc-chsld.qc.ca]

BEAUDRY, J., et Y. SAUVAGEAU (1994).
Inégalités socio-économiques et santé en Montérégie, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 132 p. et annexes.

BÉLANGER, H., et L. CHARBONNEAU (1995).
La santé des femmes, Edisem FMOQ Maloine, p. 861-869.

BELLEROSE, C., J. BEAUDRY et S. BÉLANGER (2002).
Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie, Rapport général, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 194 p.

BÉRUBÉ, J. (1999).
« Prévention des grossesses non désirées – Comment intervenir? », *Le médecin du Québec*, vol. 34, no 6, p. 63-68.

BLACKBURN, M. (2000).
Portrait sociosanitaire des adultes de la Montérégie : Déterminants, état de santé et conséquence, Rapport réalisé dans le cadre du stage en connaissance et surveillance sous la supervision du Dre Maryse Guay, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 35 p. et annexes.

BLACKBURN, M. (2001).
Document d'appui au groupe de travail sur le suicide chez les hommes en Montérégie, Rapport de stage réalisé sous la direction de Marie Julien, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 22 p. et annexes.

BONVALOT, Y. (2003).
La combustion du bois, Actes du symposium sur la pollution de l'air et la santé publique, Ministère de l'Environnement, 54 p.

BRETON, J.-J., et autres (2002).
« Santé mentale » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 19, p. 433-450.

BRODEUR, J.-M., et autres (1998).
Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 159 p.

BROSSARD, B., G. Quesnel et D. Sergerie (1995).
Du plaisir sans erreur : élaboration, mise en œuvre et évaluation d'un programme de prévention des noyades en piscine résidentielle en Montérégie, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 25 p.

BROWN, B., C. FARLEY et J.F. BRUNEAU (1998).
Inventaire et inspection des infrastructures cyclables en Montérégie, 1997, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 56 p.

BUREAU DU CORONER (2001).
Rapport annuel 2000, Québec, Les Publications du Québec, 40 p.

CAMIRAND, J., et autres (2001).
Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA 1998), Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1999).
« Prevention and control of influenza : Recommandations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *MMWR*, vol. 48 (RR-4), 29 p.

CHAMPAGNE, F., A.-P. Contandriopoulos et J.-L. Denis (2003).
L'intégration des soins et des services dans le domaine du cancer, conférence des 18 et 19 février 2003, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal.

CHRISTOFFEL, T., et S. GALLAGHER (1999).
Injury Prevention and Public Health. Practical Knowledge, Skills and Strategies, Aspen Publication, 402 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1999).
Lignes directrices, Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie des opiacés, 35 p.

COMITÉ DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE (1995).
L'oncogenèse environnementale, Québec, 147 p.

COMITÉ INTERSECTORIEL SUR LA SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE (1999).
Sécurité dans les milieux de vie. Guide à l'intention des municipalités, « Pour le mieux-être des citoyens, des citoyennes et des familles », 69 p. et annexes.

COMITÉ PROVINCIAL SUR LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE AU QUÉBEC (1997).
Étude descriptive des intoxications involontaires au monoxyde de carbone au Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 56 p. et annexes.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (2000).
Rapport sur l'utilisation d'un vaccin contre la varicelle au Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 84 pages.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2002).
TMS, troubles musculo-squelettiques, Ça coûte cher à tout le monde!, feuillet d'information, Québec, 2 p.

CONSEIL RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT DE LA MONTÉRÉGIE (2001).
Entente cadre de développement de la région de la Montérégie -2001-2006, Longueuil, Ministère des Régions, 63 p.

CORBEIL, P., J.M. BRODEUR et M. NOISEUX (1996).
Enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, deuxième et sixième année en Montérégie en 1994-1995, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 45 p. et annexes.

DAVELUY, C., et autres (2000).
Enquête sociale et de santé 1998 (ESS 1998), Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.

DESROSIERS, H., et autres (2002).
« Grandir dans un environnement en changement », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 2002)*, De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2, 61 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (1996).
Programme régional de santé publique, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 98 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2000).
« La rage animale … à l'actualité plus que jamais », *Sentinelle*, Bulletin d'information en maladies transmissibles, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, vol.11(6) : 1-3.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION DE LA MONTÉRÉGIE (2002a).
Vers une stratégie régionale d'intégration des services en matière de lutte contre le cancer. État de situation : Bilan des activités et des services en matière de lutte contre le cancer en Montérégie (document de travail), Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 105 p. et annexes.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION DE LA MONTÉRÉGIE (2002b).
Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 135 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION DE LA MONTÉRÉGIE (2002c).
Maladies à déclaration obligatoire, Rapport annuel 2001, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 41 p. et annexes.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE.
Données de 2001 compilées à partir du système informatique du PQDCS, Centre de coordination des services régionaux du PQDCS, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, données non publiées.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2002).
Devis d'attribution des ressources financières du PSJP. Allocation 2002-2003/2003-2004, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 12 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2003).
Maladies à déclaration obligatoire, Rapport annuel 2002, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, 75 p.

DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002).
« Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, De la naissance à 9 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol 2, no 5, 58 p.

ÉMOND, V. (2002).
Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 12 p. et annexes.

FORTIER, D., et D. SERGERIE (2003).
Enquête terrain sur la conformité des aires de jeu municipales et scolaires à la norme canadienne, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 36 p.

FOURNIER, L., et autres (2002).
Enquête sur la santé mentale des Montréalais : la santé mentale et les besoins de soins des adultes, Montréal, Direction de santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 250 p.

GALARNEAU, C., et J. TRÉPANIER (2003).
Monitoring des services dentaires préventifs de santé publique en Montérégie : Année scolaire 2001-2002, feuillet personnalisé par CLSC, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 20 p.

GILBERT, A., et autres (2002).
Rapport d'enquête sur l'accessibilité au condom dans les écoles secondaires de la Montérégie, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 9 p.

GROULX, S., et autres (2001).
Promotion de la prévention clinique, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 71 p.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994 et mises à jour).
Guide canadien de médecine clinique préventive, Ottawa, Santé Canada, 1136 p.

GUAY, M., et autres (1999).
Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année hors du milieu scolaire, Comparaisons des coûts et de l'efficacité du programme et préférences des parents, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la RRSSS de la Montérégie, Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, 77 p. et annexes.

GUAY, M., et autres (2002).
Système d'information sur la vaccination au Québec, étude de validation et d'appréciation des fichiers de vaccination et de population dans trois régions. Protocole de recherche, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 49 p.

HAIEK, L.N., et autres (2003a).
Étude de la prévalence de l'allaitement maternel et les facteurs associés en Montérégie, Document de travail, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie.

HAIEK, L.N., et autres (2003b).
Initiative des hôpitaux amis des bébés. Étude sur le niveau d'implantation en Montérégie, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie.

HAMEL, D. (2001).
Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2003).
Compendium de tableaux produit avec le Fichier de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada (ESCC 2000-2001).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001).
Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, Québec, Les Publications du Québec, 432 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002).
La santé des communautés, Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés, Québec, p. 16-17.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2002).
Statistiques canadiennes sur le cancer, Toronto, Canada, 102 p.

KIRBY, D. (2001).
Emerging answer : Research findings on program to reduce teen pregnancy, Washington, DC : National Campaign to Prevent Teen pregnancy, 186 p.

KOUTSAVLIS, A.T. (2001).
Dissémination des guides de pratiques chez les médecins, Montréal, DSP Montréal-Centre et INSPQ, 54 p.

LACHAPELLE, R. (sous la direction de) (2003).
L'organisation communautaire en CLSC, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 293 p.

LAFONTAINE, G., et autres (1998).
À toute jeunesse, Un partenariat au profit des jeunes de la Montérégie, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 65 p. et annexes.

LAROCHE, D. (2001).
« *La victimisation* » dans *Portrait social du Québec, Données et analyses, édition 2001*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 18, p. 406-418.

LAVOIE, M., et autres (2001).
« L'état d'entreposage des armes à feu longues gardées à domicile, au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22 (1), p. 26-31.

LEDOUX, F. et autres (2002).
« *Poids et image corporelle* » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

LEDUC, F. (à paraître).
Naissances et mortalité infantile en Montérégie et au Québec, 1989-2000, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie .

MASSON, E., et E. GRIGNON (1998).
Programme d'intervention visant le contrôle de l'herbe à poux et la réduction de la prévalence de la rhinite allergique saisonnière en Montérégie, Rapport d'activités 1997, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 76 p. et annexes.

MEYER, C., et M.A. MATTAINI (sous la direction de) (1995).
« The Foundations of Social Work Practice, Washington (D.C.) », *NASW Press* (National Association of Social Workers), p.176-204.

MIHOREAN, K., et autres (2001).
Un profil de la victimisation criminelle : résultats de l'enquête sociale générale 1999, Ottawa, Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 85 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.
Fichiers des décès 1997,1998, 1999, Compilations spéciales par l'équipe surveillance, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.
Fichiers des naissances, 1997, 1998, Compilations spéciales par l'équipe surveillance, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.
Fichiers des tumeurs, 1999, Direction de la gestion de l'information, Service de l'infocentre, Division de la diffusion.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.
Fichiers des tumeurs 2000, Direction de la gestion de l'information, Service de l'infocentre, Division de la diffusion.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1992).
La politique de la santé et du bien-être, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 392 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2000). *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, Orientations 2000-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001a). *Surveillance de la mortalité au Québec 1997-1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 252 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001b). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, Axes d'intervention, Actions*, Québec, Gouvernement du Québec, 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001c). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action*, Québec, Comité ministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001d). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, Gouvernement du Québec, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002a). *Plan de la santé et des services sociaux, Pour faire des bons choix*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002b). *Portrait des ressources en santé publique, 2001-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 26 p. et annexes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003a). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003b). *Des services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité*. Version de travail, Québec, Gouvernement du Québec, 88 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003c). *Vers l'atteinte des résultats attendus : 5e bilan, Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 144.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002a, en ligne). *Statistiques sur la violence conjugale au Québec en 2001. Portrait régional-Montérégie*, [www.msp.gouv.qc.ca/stats]

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002b, en ligne). *Statistiques sur la criminalité au Québec en 2001. Portrait régional-Montérégie*, [www.msp.gouv.qc.ca/stats]

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Groupe de travail sur la complémentarité des services de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux, 34 p.

MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT DU QUÉBEC (1997). *La qualité de l'air au Québec de 1975 à 1994*, Direction du milieu atmosphérique, Service de la qualité de l'atmosphère, 52 p.

MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT DU QUÉBEC (1998, en ligne). *Politique québécoise sur la gestion des matières résiduelles 1998-2008, La gestion des matières résiduelles dans la région de la Montérégie*. [www.menv.gouv.qc.ca/matieres/mat_res/regions/monteregie]

MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT DU QUÉBEC (2003a, en ligne).
Répertoire des terrains contaminés, Système de gestion des terrains contaminés.
[www.menv.gouv.qc.ca/sol/terrains/terrains-contamines]

MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT DU QUÉBEC (2003b, en ligne).
Info-Smog – été 2003. [www.menv.gouv.qc.ca/air/info-smog].

MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DES SPORTS ET DES LOISIRS (2003, en ligne).
Révision des schémas d'aménagement, État de situation, septembre 2003.
[www.mamm.gouv.qc.ca/amenagement/amen_revi_cart16]

MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC (1993).
Vers une politique sur le cyclisme au Québec, problématique et solutions possibles, Québec, Gouvernement du Québec, 68 p.

MOZURKEWICH, E., et autres (2000).
« Working conditions and adverse pregnancy outcome : A meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, no. 4, p. 603-635.

NOËL, L., et autres (2003, en ligne).
Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec (avril 2001 à mars 2002), Québec, MSSS, [www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation], 27 p.

OLDS, D., et autres (1997).
« Long Term Effects of Home Visitations on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect », *Journal of the American Medical Association*, no. 278, p. 637-643.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1996).
Prevention of suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies, New York (en collaboration avec la Division of mental health of the WHO), p.11-29.

PAMPALON, R. (2002).
Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.

PARADIS, G., et autres (2002).
« Facteurs de risque et maladies cardiovasculaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 15, p. 345-370.

PAYETTE, J., et M. VILLENEUVE (2001).
La population selon certains groupes d'âge pour la période 1981 à 2011, Québec, Montérégie et CLSC, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 275 p.

PERRON, L. (1999).
Couverture vaccinale pour le vaccin d_2T_5 des adolescents âgés de 15 ans résidant en Montérégie, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 56 p.

PRÉVOST, C. (2000).
« Exposition au risque d'intoxication au monoxyde de carbone » dans *Le verglas de 1998…l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, chapitre 4, p. 61-89.

QUÉBEC.
Loi sur le Ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), Assemblée nationale, Québec.

QUÉBEC.
Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), Assemblée nationale, Québec.

QUÉBEC.
Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2), Assemblée nationale, Québec.

QUÉBEC.
Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Assemblée nationale, Québec.

QUÉBEC.
Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1), Assemblée nationale, Québec.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2000).
Statistiques annuelles.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1996).
Plan régional d'organisation de services pour les personnes âgées, Longueuil, 233 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1999).
Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002, Longueuil, 93 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2003).
Pour un réseau intégré en toxicomanie, cadre de référence, Longueuil, 120 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC ST-JEAN (2000).
Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003, Direction de la santé publique, 45 p.

RINFRET-RAYNOR, M., et J. TURGEON (1995).
« Dépistage systématique de la violence conjugale : réflexion théorique et développement d'un protocole », *Service social*, 44 (2), p. 58 - 90.

RINFRET-RAYNOR, M., et J. TURGEON (1999).
Développement et évaluation d'un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale au CLSC Saint-Hubert, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Collection Études et analyses du CRI-VIFF, 178 p. et annexes.

RIOU, D.A., et autres (2003).
La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 125 p.

RIPA, L.W. (1993).
« Sealants revisited : An update of the Effectiveness of Pit-and-Fissure Sealants », *Caries Research*, 27 (suppl. 1), p. 77-82.

ROBITAILLE, G. (2000).
État de situation des services en planification des naissances en Montérégie en 1998, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie, 21 p. et annexes.

ROBITAILLE, Y., et autres (1997).
Réduction des blessures liées aux appareils de jeu par l'amélioration des appareils, Montréal, Direction de santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 30 p.

ROWAN, C., et autres (2003).
Recension des écrits et étude exploratoire en vue de l'élaboration d'une stratégie d'implantation des écoles en santé en Montérégie, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 72 p.

SAINT-LAURENT, D., et S. TENNINA, (2000).
Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996, Québec, Bureau du Coroner du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 59 p.

SANTÉ CANADA (2003, en ligne).
Vivez sans fumée. [www.hc-sc.qc.ca /hecs-sesc/tabac]

SAUVAGEAU, Y. (2001).
Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie : Données régionales (ESS 1998), Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 254 p. et annexes.

SAUVAGEAU, Y. (2003).
Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 432 p.

SCHAEFER, C. (2003).
Les blessures à domicile : État de situation en Montérégie et mesures de prévention, Rapport synthèse, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 231 p.

SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC (2001).
L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec, Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 59 p.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR (2002).
Modernisation de la gestion publique : Guide sur la gestion axée sur les résultats, Québec, 25 p. et annexes.

SERGERIE, D., B. BROWN et P. CRELIER (1997).
Portrait de la sécurité en piscine résidentielle, deux enquêtes, la sécurité des installations, la réglementation municipale, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS de la Montérégie, 47 p.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2003, en ligne).
Attachez-le à la vie.
[www.saaq.gouv.qc.ca/ prevention/sieges /index.html]

STATISTIQUE CANADA (1999).
Compilations spéciales, Équipe surveillance, Longueuil, Direction de la santé publique, RRSSS de la Montérégie.

STATISTIQUE CANADA (2001).
Enquête sociale générale 1999 : La violence familiale au Canada, Un profil statistique, Gouvernement du Canada, 55 p.

STATISTIQUE CANADA (2003, en ligne).
Résultats de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être 2002 (ESCC 2002).
[www.statcan.ca/francais /freepub], consulté le 3 septembre 2003.

TABLE QUÉBÉCOISE SUR L'HERBE À POUX (2002a).
Dossier herbe à poux – Fiches d'aide à la decision, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie. 11 fiches.

TABLE QUÉBÉCOISE SUR L'HERBE À POUX (2002b).
« Prévalence régionale de l'allergie saisonnière (rhume des foins) », *Le Flash herbe à poux*, vol. 3, no 3.

TENGS, T.O., et autres (1995).
« Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness », *Risk analysis*, vol. 15, p. 369-390.

THERRIEN, L. (2003).
Intervention globale et concertée de promotion et de prévention en milieu scolaire, présentation lors de la rencontre provinciale du 2 mai 2003, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

TOURIGNY, M., et C. LAVERGNE (1995).
Les agressions à caractère sexuel : État de la situation, efficacité des programmes de prévention et facteurs associés à la dénonciation, Montréal, Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS).

TOURIGNY, M., et autres (2002).
Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse du Québec, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

TRAINOR, C., et K. MIHOREAN (2001).
La violence familiale au Canada : un profil statistique 2001, Ottawa, Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 55 p.

TREMBLAY, R.-E., et autres (1995).
« A bimodal Preventive Intervention for Disruptive Kindergarten Boys : Its Impact through Mid-Adolescence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, no 4, p. 560-568.

VANIER, C., et F. PILOTE (2002).
Évaluation du programme À toute jeunesse, rapport d'étape, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS de la Montérégie, 53 p.

VITARO, F., et C. GAGNON (sous la direction de) (2000).
Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et adolescents, Tomes I et II, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1151 p.

Annexe 1 Objectifs du programme national de santé publique

LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

D'ici 2012 :

- Réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes;
- Réduire le taux de prématurité;
- Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- Augmenter la proportion d'enfants de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social);
- Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- Réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance chez les enfants et les adolescents;
- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
- Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;
- Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes;
- Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
- Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

LES MALADIES CHRONIQUES

D'ici 2012 :

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- Réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones);
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;

- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus.

LES SAINES HABITUDES DE VIE

D'ici 2012 :

- Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;
- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.

LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

D'ici 2012 :

- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs et sportifs.

LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

D'ici 2006 :

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;
- Maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;
- Réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
- Réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins;
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

D'ici 2012 :

- Réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
- Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à deux ans;
- Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
- Maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

LE VIH-SIDA, LE VHC ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

D'ici 2012 :

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.

D'ici 2006 :

- Réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;
- Réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;
- Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
- Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale;
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

D'ici 2012 :

- Réduire l'incidence de l'hépatite C;
- Réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie;
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;
- Réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;
- Réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

D'ici 2006 :

- Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli* 0157 et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*;
- Réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins;
- Réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 8 par 100 000 personnes dans la région de Montréal-Centre;
  - maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.
- Maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

D'ici 2012 :

- Réduire la résistance aux antimicrobiens :
  - en ce qui concerne les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline;
  - pour ce qui est des infections à *Neisseria gonorrhoeae* productrice de pénicilliase;
  - en ce qui concerne les infections à pneumocoque;
  - dans les cas de la tuberculose et des infections nosocomiales.

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- Réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;
- Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;
- Réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme chez les personnes de moins de 45 ans;
- Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics;
- Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);
- Diminuer l'incidence des cancers de la peau;
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique;

- Réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé;
- Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

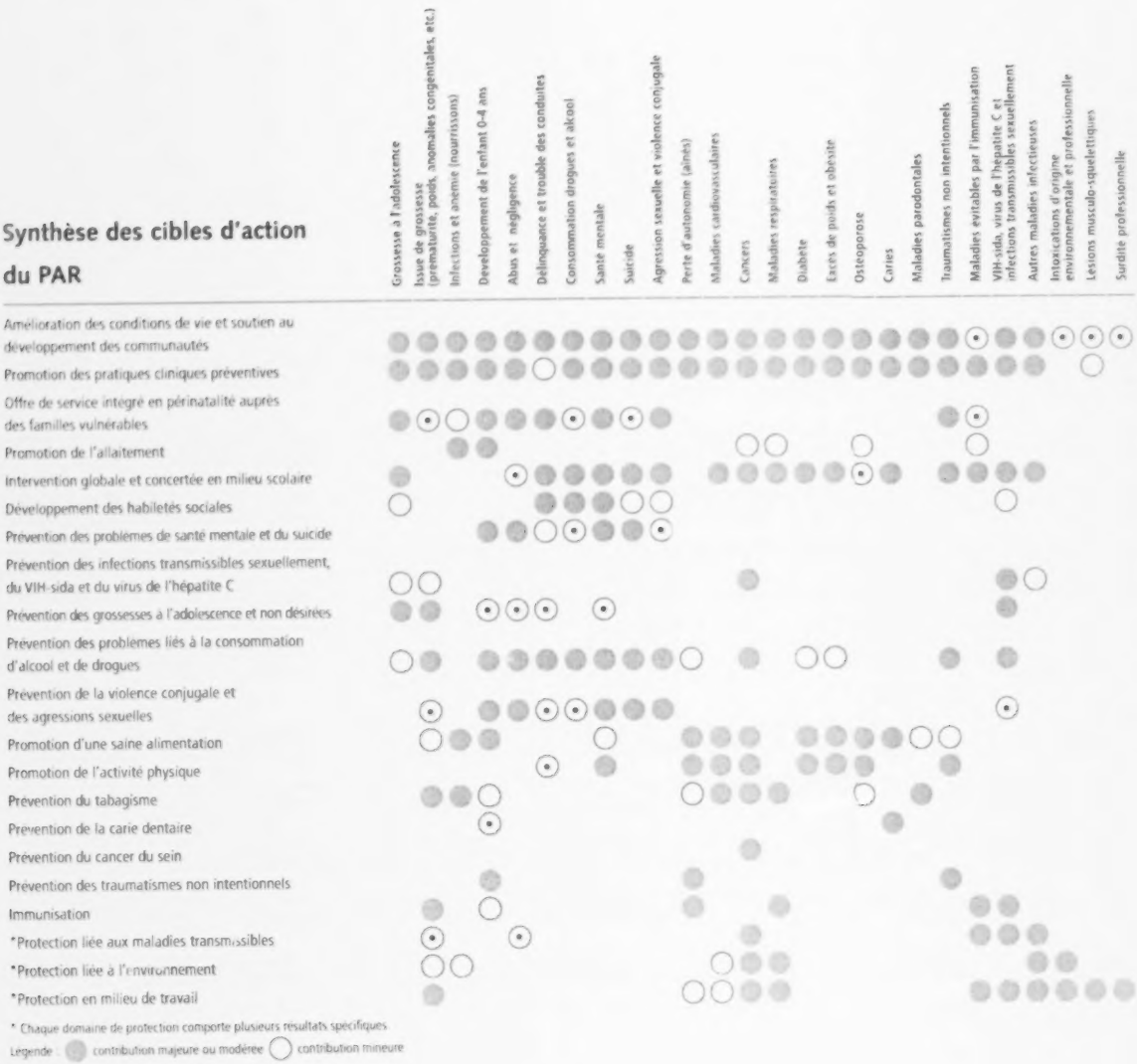
LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques;
- Diminuer l'incidence de la béryllose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante;
- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;
- Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;
- Diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérogènes;
- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;
- Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant;
- Améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;
- Réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

Annexe 2

Contribution des cibles d'action du plan d'action régional

à l'atteinte des principaux objectifs du Programme national de santé publique



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec Montérégie

Vers une action renouvelée en santé publique

PAR-PAL

plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie

Le Par, en quelques lignes

Le présent document se veut un résumé du Plan d'action régional 2004-2007, Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie. Il contient les informations de base nécessaires pour amorcer une réflexion locale sur l'implication des différents partenaires vers l'atteinte de certains résultats convenus en Montérégie afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à référer au document intégral pour plus d'information. Celui-ci est notamment disponible sur le site Internet : www.rrsss16.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

Le document *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie, Plan d'action régional 2004-2007* répond à l'obligation de la Régie régionale de se doter d'un plan d'action régional (PAR) conforme au *Programme national de santé publique* (PNSP) tout en tenant compte des particularités de la Montérégie. Il permet aussi d'identifier les moyens par lesquels la directrice de santé publique pourra assumer les responsabilités qui lui sont dévolues notamment par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur la santé publique* et la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

De nouvelles responsabilités pour les CLSC

La *Loi sur la santé publique* remet aux CLSC la responsabilité d'élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local (PAL) de santé publique en concertation notamment avec les organismes communautaires concernés. Ce plan d'action doit être conforme au PNSP et permettre d'atteindre les objectifs inscrits dans le PAR, tout en tenant compte des spécificités de la population vivant sur le territoire qu'il couvre. En ce sens, les plans d'action locaux constituent les principaux outils de planification qui permettront l'actualisation du PAR au niveau local et, par le fait même, du PNSP.

L'objectif du PAR

L'objectif du PAR est d'orienter la planification régionale et locale dans le domaine de la santé publique ainsi que l'allocation des ressources financières qui y seront dévolues jusqu'en 2007. Par ses actions de promotion de la santé, de prévention, de protection et de surveillance de l'état de santé, la santé publique situe son action en amont des problèmes de santé et de bien-être. Elle vise à agir sur les facteurs qui ont un impact sur l'état de santé des personnes et des collectivités.

Le document intégral du Plan d'action régional présente :

- le contexte dans lequel se situe le plan d'action régional;
- un profil socio-sanitaire de la population;
- les cibles d'action du PNSP retenues en Montérégie et, pour chacune d'elles, le bien-fondé des actions prévues, certaines données statistiques et le point de départ dans notre région;
- les résultats régionaux et locaux attendus d'ici 2007 en lien avec ces cibles d'action, ainsi qu'une proposition quant aux rôles et contributions attendus des différents acteurs concernés;
- des précisions sur le plan de mobilisation en cas de menaces à la santé, le plan de surveillance de l'état de santé de la population et le cadre d'évaluation du plan d'action régional, qui feront l'objet de documents complémentaires;
- les conditions requises pour la réalisation du PAR.

Le présent document reprend succinctement ces différents points, mais se concentre davantage sur les cibles d'action retenues, les résultats attendus ainsi qu'une description générale des rôles et contributions des différents partenaires concernés.

LE PORTRAIT DE SANTÉ

Le portrait de santé présenté dans le *Plan d'action régional 2004-2007* rappelle d'abord les grandes lignes du portrait démographique et socioéconomique de la Montérégie. Il aborde ensuite les éléments principaux du profil sociosanitaire de sa population, dont voici quelques constats généraux.

- Les problèmes psychosociaux sont nombreux au sein de la population, tant montérégienne que québécoise. Il s'agit notamment de problèmes de santé mentale et du suicide, de problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues, de problèmes de violence, de situations d'abus et de négligence. Par ailleurs, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents y sont aussi mentionnés comme une préoccupation majeure de santé publique puisqu'ils font partie des déterminants importants de l'état de santé et de bien-être, autant pendant le jeune âge qu'à l'âge adulte.

- Les maladies cardiovasculaires et le cancer dominent la liste des causes de mortalité et sont responsables d'une part importante des années potentielles de vie perdues en Montérégie. Les maladies respiratoires figurent aussi parmi les principales causes de décès. Quant aux traumatismes non-intentionnels, ils alourdissent le bilan des décès prématurés.

- La population de la Montérégie vieillira à un rythme accéléré au cours des vingt prochaines années, comparativement au reste du Québec. Même si la majeure partie des aînés se déclarent en bonne santé, l'accroissement de la longévité s'accompagne fréquemment d'une limitation des activités. En effet, l'espérance de vie sans limitation d'activités s'est détériorée au cours de la dernière décennie. Les conséquences du vieillissement de la population sur le réseau de soins et les proches aidants seront importantes.

- Des disparités de santé et de bien-être existent au sein de la population montérégienne, des sous-groupes de la population apparaissant plus vulnérables que d'autres selon la ou les caractéristiques considérées (ex. : âge, sexe, niveau socioéconomique, statut marital, type de famille, lieu de résidence).

- La nature des menaces à la santé ne cesse d'évoluer, ce qui pose de nombreux défis. De nouvelles menaces d'ordre biologique, physique ou chimique font leur apparition (ex. : virus du Nil occidental, SRAS, terrorisme). Les activités industrielles, agricoles ou municipales ont des répercussions autant sur l'eau que sur l'air et les sols. Ces situations interpellent les acteurs de santé publique ainsi que leurs partenaires des autres secteurs.

En somme, le portrait de santé confirme la pertinence d'implanter des actions de santé publique concertées, adaptées et appropriées aux besoins de l'ensemble de la population et des groupes qui la composent.

LES CIBLES D'ACTION

Les activités identifiées dans le *Programme national de santé publique* se traduisent, dans le PAR, en cibles d'action. Pour chacune d'entre elles, des résultats attendus sont indiqués et il est spécifié si ce résultat est un :

- ■ résultat à atteindre dans tous les territoires de CLSC
- ▣ résultat à atteindre dans certains territoires de CLSC
- R résultat à atteindre régionalement
- résultat à atteindre à la suite du lancement d'une campagne de communication provinciale

LES CIBLES D'ACTION TRANSVERSALES

Considérant la portée de certaines activités sur un ensemble de thématiques, le PAR inclut deux cibles d'action transversales.

Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés	■ Des mécanismes de concertation intersectorielle définis localement, en fonction par exemple de groupes de population (petite enfance, jeunesse, adultes, aînés) ou de thématiques (lutte à la pauvreté, sécurité alimentaire, sécurité dans les milieux de vie, santé environnementale, etc.), seront présents dans tous les territoires de CLSC. ■ Des activités émergeant des communautés et axées notamment sur le soutien et l'intégration sociale, le renforcement du potentiel des personnes, la réduction des inégalités sociales, la sécurité alimentaire et la sécurité dans les milieux de vie seront implantées dans tous les territoires de CLSC. R Des mécanismes de concertation intersectorielle visant à identifier et mettre en place des actions permettant d'améliorer les conditions de vie, la santé, la sécurité et le bien-être de la population montérégienne seront présents à l'échelle régionale.
Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces	R Une offre de service, incluant plusieurs interventions pour promouvoir et soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives ciblées, sera élaborée et présentée aux professionnels de la santé et des services sociaux concernés. R Les interventions pour soutenir l'intégration d'au moins une pratique clinique préventive auront été implantées dans au moins quatre territoires de CLSC.

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

Les interventions visant un même groupe de la population gagnent à être intégrées afin de maximiser leur impact. C'est pourquoi les actions de promotion et de prévention sont regroupées par cycle de vie.

PETITE ENFANCE

En 2001, on comptait environ 68 000 enfants de 0-4 ans en Montérégie, ceux-ci représentant 5 % de la population totale. Voici les quatre cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour cette clientèle.

❶ ***Favoriser le développement optimal des enfants vivant dans des familles vulnérables***	■ Tous les territoires de CLSC auront implanté l'ensemble des composantes du *Programme Naître égaux-Grandir en santé*, du *Programme de soutien aux jeunes parents* et du *Programme de soutien éducatif* et auront amorcé la transition vers les *Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, les pères, et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité*. Ils auront rejoint : ➲ 80 % des femmes enceintes et mères de moins de 20 ans et leur famille; ➲ 50 % des femmes enceintes et mères de 20 ans et plus, sous scolarisées et leur famille; ➲ 60 % des enfants ciblés de 2 à 4 ans.
❷ ***Promouvoir l'allaitement maternel et une saine alimentation***	■ Tous les CHSGS et tous les CLSC auront amorcé l'implantation de *l'Initiative des amis des bébés*. ▣ Trois CHSGS et trois CLSC seront certifiés *Amis des bébés*. R Un modèle de politique alimentaire aura été développé pour les CPE ainsi qu'un plan d'implantation.
❸ ***Prévenir les traumatismes routiers, récréatifs ou survenant à domicile***	■ Un volet de prévention des blessures à domicile (chutes, intoxications, brûlures, noyades et quasi-noyades, etc.) sera intégré au *Programme Naître égaux-Grandir en santé*, au *Programme de soutien aux jeunes parents* et au *Programme de soutien éducatif* dans tous les territoires de CLSC. ■ Toutes les municipalités de plus de 5 000 habitants auront adopté une réglementation visant l'installation sécuritaire des piscines résidentielles conformément aux mesures jugées efficaces. ▣ Un programme visant l'utilisation adéquate d'un dispositif de retenue pour enfant aura été implanté dans au moins cinq territoires de CLSC. R Tous les services de garde en installation auront des aires de jeu sécuritaires conformément à la norme et seront dotés d'une politique de maintien.
❹ ***Prévenir les maladies évitables par l'immunisation***	■ 95 % des enfants seront vaccinés selon les recommandations en matière de vaccination de base. ■ 95 % des enfants seront protégés contre la varicelle (si ajout au calendrier régulier). R 90 % des enfants appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* seront vaccinés contre l'hépatite B. R 95 % des enfants appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* seront vaccinés contre l'influenza et les infections à pneumocoque. ◄) Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

ENFANCE-JEUNESSE

En 2001, la Montérégie comptait environ 231 000 enfants et adolescents âgés entre 5 et 17 ans, ceux-ci représentant 17 % de la population totale. Voici les neuf cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour cette clientèle.

❶ ***Promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et prévenir différents problèmes par une intervention globale et concertée en milieu scolaire***	■ L'intervention globale et concertée sera inscrite dans le *Programme promotion-prévention* des services éducatifs et complémentaires de chaque commission scolaire. ■ Les CLSC et les écoles auront amorcé une planification conjointe des actions de prévention en milieu scolaire selon l'intervention globale et concertée.
❷ ***Favoriser le développement des habiletés personnelles et sociales des enfants, particulièrement ceux de milieux défavorisés***	▣ Tous les volets du *Programme Fluppy* seront implantés en maternelle et première année dans au moins 20 % des écoles primaires ayant un indice de milieu socioéconomique 9 ou 10. 📣 Des activités visant à soutenir la campagne de communication provinciale axée sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des jeunes et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent, seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.
❸ ***Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide***	■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les jeunes aura été amorcée dans tous les territoires de CLSC, dans le cadre d'une concertation intersectorielle. ▣ 25 % des écoles secondaires et 25 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[1]. ▣ Au moins quatre territoires de CLSC auront participé à l'expérimentation du projet *Réseau Ado*. R 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des jeunes (en CLSC, en centres jeunesse ou dans un organisme communautaire) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments. 📣 Des activités visant à soutenir la campagne de communication provinciale visant la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.
❹ ***Prévenir les infections transmissibles sexuellement, le VIH-sida et le virus de l'hépatite C, particulièrement auprès des adolescents vulnérables***	■ L'accessibilité aux condoms sera assurée par de multiples moyens. ▣ Un programme d'éducation à la sexualité aura été mis en œuvre au moins annuellement dans 50 % des maisons de jeunes et dans 50 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse. ▣ Des activités de sensibilisation pour contrer l'homophobie auront été réalisées auprès des jeunes dans huit territoires de CLSC et dans 25 % des milieux de réadaptation des centres jeunesse. ▣ Un groupe de soutien ou de discussion sera disponible pour les jeunes ayant une orientation homosexuelle dans au moins deux territoires de CLSC. 📣 Des activités visant à soutenir une campagne provinciale axée sur la prévention du VIH-sida, du VHC et des ITS auront été réalisées dans tous les territoires de CLSC.

[1] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

ENFANCE-JEUNESSE (SUITE)

❺ ***Prévenir les grossesses à l'adolescence***	■ Une clinique jeunesse[2] sera accessible près des milieux de vie des jeunes au moins 2 demi-journées par semaine dans chaque territoire de CLSC et dans au moins 50 % des écoles secondaires de plus de 1 000 élèves ayant un indice de milieu socioéconomique de 7 à 10. ■ La contraception orale d'urgence sera accessible dans chaque territoire de CLSC, notamment dans les cliniques jeunesse, auprès de l'infirmière en milieu scolaire et en pharmacie. R Les services d'interruption volontaire de grossesse du 1er et du 2e trimestre seront accessibles sur l'ensemble du territoire montérégien.
❻ ***Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques***	↩ Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC. **Activité physique** ▣ 30 % des écoles auront participé à au moins un programme de Kino-Québec visant la création d'environnements favorables à la pratique de l'activité physique. ▣ 75 % des écoles primaires de trois territoires de CLSC ciblés[3], avec un indice de milieu socioéconomique 9 ou 10, auront participé au projet « Québec en forme »[4]. ▣ 50 % des municipalités ayant des ressources permanentes en loisir et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisir auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec. **Nutrition** ▣ 10 % des écoles auront implanté une politique alimentaire. R Les centres jeunesse auront élaboré et adopté une politique alimentaire pour leurs milieux de réadaptation en internat et en auront amorcé l'implantation. **Tabagisme** ■ Tous les centres d'abandon du tabagisme auront débuté l'adaptation de leurs services aux jeunes. ■ 80 % des professionnels de la santé du CLSC intervenant auprès des jeunes seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.
❼ ***Prévenir la carie dentaire chez les jeunes de 5 à 15 ans***	■ 90 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire dans le cadre du *Programme public de services dentaires préventifs*, auront bénéficié du suivi préventif individualisé. ■ 75 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire dans le cadre du *Programme public de services dentaires préventifs*, auront eu l'application d'au moins un agent de scellement.
❽ ***Prévenir les traumatismes routiers, récréatifs ou sportifs***	▣ 10 % des municipalités ayant ou prévoyant des infrastructures cyclables auront planifié des actions pour que ces infrastructures soient conformes aux lignes directrices d'un aménagement cycliste sécuritaire. ▣ 70 % des municipalités et 50 % des écoles primaires auront planifié des actions pour rendre leurs aires de jeu sécuritaires conformément à la norme.

[2] La clinique jeunesse doit être associée à la présence d'un programme d'éducation à la sexualité dans le milieu.
[3] Les territoires de CLSC ciblés par la Fondation Chagnon sont les CLSC du Havre, Seigneurie de Beauharnois et Huntingdon.
[4] Le projet Québec en forme vise les enfants issus de famille en situation d'exclusion et de milieux défavorisés. Il favorise et soutient l'implantation d'initiatives suscitant la participation des jeunes à des activités physiques et sportives.

ENFANCE-JEUNESSE (SUITE)

● ***Prévenir les maladies évitables par l'immunisation***	■ 90 % des élèves de 4e année auront été vaccinés contre l'hépatite B en milieu scolaire. ■ 80 % des élèves de 3e secondaire seront vaccinés en milieu scolaire selon les recommandations en matière de vaccination de base. ■ Une campagne de vaccination se tiendra en milieu scolaire afin de s'assurer que 95 % des enfants sont protégés contre la varicelle (si ajout au calendrier régulier). R 80 % des jeunes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* seront vaccinés contre l'influenza et les infections à pneumocoque et 90 % contre l'hépatite B et l'hépatite A. ◄ Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

ADULTES

En 2001, la Montérégie comptait environ 874 000 adultes âgés entre 18 et 64 ans, ceux-ci représentant 66 % de la population totale. Voici les 10 cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour cette clientèle.

❶ ***Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide***	■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les adultes aura été amorcée sur tous les territoires de CLSC dans le cadre d'une concertation intersectorielle. ▣ 25 % des cégeps, des centres d'éducation aux adultes et des centres de formation professionnelle ainsi que 25 % des entreprises de 500 employés et plus pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[5]. ▣ Au moins 5 territoires de CLSC[5] auront réalisé des activités de sensibilisation du grand public sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux ainsi que sur la demande d'aide des hommes. R 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des adultes (professionnels de CLSC ou d'organismes communautaires, policiers) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments.
❷ ***Prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues***	▣ Une politique municipale sur la gestion de l'alcool dans les lieux publics ainsi que des mesures de réduction de l'accessibilité physique et légale à l'alcool seront adoptées dans au moins cinq nouvelles municipalités. ▣ Le *Programme de maintien à la méthadone et aux autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés* sera implanté dans au moins quatre territoires de CLSC.
❸ ***Prévenir la violence conjugale et les agressions sexuelles***	📣 Des activités visant à soutenir la campagne de communication sociétale portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles seront mises en œuvre sur tous les territoires de CLSC.
❹ ***Prévenir les infections transmissibles sexuellement (ITS), le VIH-sida et le virus de l'hépatite C (VHC), particulièrement auprès des adultes vulnérables***	■ Au moins une activité de prévention aura eu lieu dans les différents milieux de vie des groupes vulnérables, soit les centres d'éducation aux adultes, les centres de formation professionnelle, les cégeps, les saunas, les campings gais et le milieu carcéral. ■ Tous les sites actuels d'accès aux seringues maintiendront leur participation au programme[6]. ■ La proportion de seringues souillées récupérées dans le cadre du *Programme d'accès aux seringues* aura augmenté à 75 %. ▣ Au moins deux travailleurs de rue seront présents dans sept « villes-centre ». ▣ Les services existants de dépistage et de prévention du VIH-sida, des ITS et du VHC seront conformes au panier de services défini dans le cadre de référence provincial[7]. R Les deux établissements de détention provinciaux auront implanté au moins une mesure visant la réduction des méfaits en lien avec l'usage de drogues injectables. 📣 Des activités visant à soutenir une campagne provinciale axée sur la prévention du VIH-sida, du VHC et des ITS auront été réalisées sur tous les territoires de CLSC.

[5] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.
[6] Les sites actuels d'accès aux seringues sont répartis sur tous les territoires de CLSC.
[7] Le cadre de référence se nomme *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.*

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

ADULTES (SUITE)

● ***Prévenir les grossesses non désirées chez les jeunes adultes***	■ La contraception orale d'urgence sera accessible sur chaque territoire de CLSC notamment dans les services de santé et en pharmacie. R Les services d'interruption volontaire de grossesse du 1er et du 2e trimestre seront accessibles sur l'ensemble du territoire montérégien.
● ***Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques***	▣ 15 % des milieux de travail de plus de 100 employés auront : ⊃ mis en place, pour leurs employés, des programmes et des environnements favorisant la pratique de l'activité physique; ⊃ implanté une politique alimentaire; ⊃ réalisé une intervention de promotion de la cessation tabagique. ◂ Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC. **Activité physique** ▣ 50 % des municipalités ayant des ressources permanentes de loisirs et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisirs auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec. **Nutrition** ■ Au moins une action concertée visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé sera implantée dans tous les territoires de CLSC. ▣ Au moins 10 % des centres d'éducation aux adultes, des centres de formation professionnelle et des cégeps auront implanté une politique alimentaire. **Tabagisme** ■ Les services de cessation tabagique seront accessibles dans tous les CLSC. ■ Deux activités de promotion de la cessation tabagique auront lieu annuellement dans chaque territoire de CLSC. ■ 80 % des professionnels de la santé des CLSC intervenant auprès des adultes seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.
● ***Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 64 ans***	R 70 % des femmes admissibles participeront au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et auront eu une mammographie de dépistage aux deux ans.
● ***Améliorer la santé buccodentaire de la population montérégienne***	R 75 % des municipalités ayant un réseau de distribution d'eau auront été rencontrées pour la promotion des mesures optimales de fluoruration.
● ***Prévenir les traumatismes routiers***	R Toutes les municipalités auront été sensibilisées aux critères d'exclusion du virage à droite sur feu rouge (VDFR). R Tous les schémas d'aménagement des MRC, en phase de consultation, auront été vérifiés en fonction des critères de la sécurité des aménagements du réseau routier. R Un projet d'identification et de priorisation des sites dangereux du réseau routier municipal sera réalisé à l'échelle régionale.
● ***Prévenir les maladies évitables par l'immunisation***	R 80 % des adultes appartenant aux groupes vulnérables reconnus seront vaccinés contre l'hépatite A, l'hépatite B, les infections à pneumocoque et l'influenza. R 90 % des adultes visés par la vaccination préexposition auront reçu le vaccin contre la rage. ◂ Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

LES CIBLES D'ACTION EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION POUR CHAQUE CYCLE DE VIE

PERSONNES ÂGÉES

En 2001, la Montérégie comptait environ 150 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, celles-ci représentant 11 % de la population totale. Voici les 5 cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour cette clientèle.

❶ ***Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide***	■ Une démarche visant à identifier des activités de sensibilisation à mettre en œuvre afin de contrer la tolérance sociale du suicide chez les personnes âgées aura été amorcée sur tous les territoires de CLSC dans le cadre d'une concertation intersectorielle. ▣ Au moins 5 territoires de CLSC pourront compter sur la présence d'un réseau de sentinelles[8] auprès des personnes âgées. ▣ Au moins 5 territoires de CLSC[8] auront réalisé des activités de sensibilisation du grand public sur les signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux et diffusé l'information sur les activités et les services qui sont offerts. R 75 % des intervenants ciblés travaillant auprès des personnes âgées (professionnels des CLSC et d'organismes communautaires) auront été informés et outillés sur les mesures limitant l'accès aux armes à feu et aux médicaments.
❷ ***Promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques***	📣 Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC. **Activité physique** ▣ 50 % des résidences privées de 75 résidents et plus et 25 % des CHSLD auront participé à un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec. ▣ Toutes les municipalités avec des ressources permanentes en loisirs et 25 % des organismes communautaires ciblés auront été sensibilisés à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés. **Nutrition** ▣ 50 % des résidences privées de 75 résidents et plus et 25 % des organismes communautaires offrant des repas à domicile auront implanté une politique alimentaire. **Tabagisme** ■ Tous les centres d'abandon du tabagisme auront adapté leurs services pour les personnes âgées. ■ 80 % des professionnels de la santé intervenant auprès des personnes âgées, en CLSC et en CHSLD, seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.
❸ ***Prévenir les chutes***	■ Un programme régional de prévention des chutes destiné aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute, sera implanté progressivement dans tous les territoires de CLSC.
❹ ***Réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 65 à 69 ans***	R 70 % des femmes admissibles de 65 à 69 ans participeront au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* et auront eu une mammographie de dépistage aux deux ans.
❺ ***Prévenir les maladies évitables par l'immunisation***	■ 80 % des personnes de 65 ans et plus seront vaccinées annuellement contre l'influenza. ■ 80 % des personnes de 65 ans et plus auront reçu le vaccin contre les infections à pneumocoque. 📣 Des activités visant à soutenir les campagnes de promotion de la vaccination seront mises en œuvre dans tous les territoires de CLSC.

[8] On doit s'assurer de l'accessibilité des services de première ligne en santé mentale avant d'entreprendre cette action.

LES CIBLES D'ACTION EN PROTECTION

La protection de la santé fait référence à une intervention d'autorité de la santé publique auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menaces pour la santé, qui peuvent être réelles ou appréhendées.

MALADIES TRANSMISSIBLES

Plusieurs maladies transmissibles nécessitent des interventions de santé publique afin de protéger la population. Voici les 6 cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour ce secteur.

❶ ***Assurer la surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire, des signalements de menaces biologiques réelles ou appréhendées et des manifestations cliniques inhabituelles à la suite de l'administration d'un vaccin***	R Tous les intervenants ciblés du réseau de la santé auront reçu de l'information sur la mise à jour de la liste des MADO. R Tous les signalements et les MADO de nature infectieuse pour lesquels un protocole provincial a été adopté seront investigués en conformité avec ce protocole. R Tous les vaccinateurs auront reçu de l'information sur la déclaration concernant les manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination. R Un plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza sera disponible et diffusé à tous les établissements de soins de la Montérégie.
❷ ***Prévenir les infections à bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques***	R Des représentants des CHSLD et des CLSC participeront au Comité régional de prévention des infections à bactéries multirésistantes. R Les protocoles de prévention des infections à bactéries multirésistantes auront été diffusés dans tous les établissements de soins (CHSGS, CHSLD et CLSC).
❸ ***Prévenir les maladies transmissibles en émergence telles que l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental et la rage***	**Encéphalite causée par le virus du Nil occidental** R Les recommandations provinciales concernant la prévention et le contrôle de l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental seront appliquées en Montérégie. **Rage** R Les recommandations provinciales concernant l'épizootie de la rage chez le raton laveur seront appliquées en Montérégie. R Tous les médecins de première ligne auront reçu de l'information concernant l'exposition au virus de la rage.
❹ ***Prévenir la transmission des infections transmissibles sexuellement ou par le sang***	■ Tous les CHSGS, les CHSLD et les CLSC auront développé des procédures visant l'application des recommandations provinciales relatives à la prise en charge des personnes exposées au sang ou aux liquides biologiques. R Une intervention préventive auprès de leurs partenaires sexuels aura été offerte à toutes les personnes chez qui une infection à gonocoque ou une syphilis infectieuse aura été déclarée. R 90 % des intervenants des organismes communautaires ciblés auront été formés sur les mesures de précautions de base (précautions universelles). R Tous les médecins auront été sensibilisés à l'existence *du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement.*

MALADIES TRANSMISSIBLES (SUITE)

❺ ***Prévenir la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH et traiter les personnes infectées***	R Tous les médecins auront été sensibilisés à l'importance d'offrir le test de dépistage tuberculinique à toutes les personnes séropositives au VIH.
❻ ***Mettre en place un système d'information vaccinale et d'assurance de la qualité des produits immunisants***	R Toutes les étapes d'implantation du système d'information vaccinale auront été réalisées conformément aux exigences et dans les délais requis par les directives provinciales. R Toutes les étapes d'implantation du système informatisé de gestion des produits immunisants auront été réalisées conformément aux exigences et dans les délais requis par les directives provinciales.

LES CIBLES D'ACTION EN PROTECTION

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La santé environnementale concerne les problèmes de santé causés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Voici les 7 cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour ce secteur.

❶ ***Diminuer les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique***	▣ Au moins une activité ciblée de promotion, visant à réduire les sources de pollution ambiante, sera réalisée dans les zones plus problématiques (zones industrielles et urbanisées). R Tous les collaborateurs de première ligne et cliniques ciblés auront été informés du programme *Info-Smog* et des mesures de protection efficaces à faire connaître aux personnes vulnérables. R Tous les avis de smog d'Environnement Canada auront été transmis aux collaborateurs de première ligne et cliniques ciblés. R Les résultats des évaluations de projets ou situations pouvant avoir un impact sur la qualité de l'air extérieur seront diffusés aux municipalités et aux populations concernées.
❷ ***Diminuer les problèmes de santé liés à l'herbe à poux***	■ Au moins une activité de sensibilisation de la population sur les mesures de contrôle de l'herbe à poux sera réalisée annuellement dans tous les territoires de CLSC. ▣ 40 % des municipalités auront implanté au moins une mesure de contrôle de l'herbe à poux. R Toutes les municipalités et les MRC recevront de l'information sur les mesures visant la réduction de l'exposition au pollen de l'herbe à poux.
❸ ***Diminuer les problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur (QAI)***	R Une concertation sera établie avec les milieux municipal, de l'habitation et de la santé sur le rôle de chacun en matière de salubrité des bâtiments et de qualité de l'air intérieur ainsi que sur les services dispensés. R Des outils d'information visant à réduire l'exposition des personnes à la FTE et aux moisissures seront diffusés à des intervenants ciblés en CLSC. R Tous les intervenants ciblés des CLSC, des cabinets médicaux, des GMF et des cliniques spécialisées (asthme, maladies pulmonaires) seront outillés pour déceler un problème de salubrité et de QAI résidentiel parmi leur clientèle et informés des ressources offertes à ces personnes. R Toute personne signalant à la DSP un problème de salubrité ou de qualité de l'air intérieur recevra les services appropriés et, lorsque requis, une enquête sera effectuée lors de signalement de problèmes de santé. R Tous les CHSGS, les CHSLD et les commissions scolaires seront outillés pour procéder à l'identification des problématiques de salubrité et de qualité de l'air dans leurs bâtiments. R Toutes les municipalités seront outillées pour répondre aux demandes de leurs citoyens aux prises avec un problème de salubrité ou de qualité de l'air intérieur. R Un portrait de situation de l'état de l'habitation dans des milieux défavorisés sera amorcé.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE (SUITE)

❹ ***Réduire l'exposition à des produits cancérigènes dans l'environnement (radon domiciliaire, amiante et rayons ultraviolets)***	R La DSP soutiendra la mise en place des orientations du MSSS et de la CSST concernant l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements d'enseignement et de santé ciblés et du risque qu'elle comporte et les actions à entreprendre au besoin. R Une stratégie régionale relative à l'exposition au radon domiciliaire sera disponible. R Toute demande d'information lors de situations d'exposition au radon domiciliaire aura été répondue. ◄) Des activités de communication, ciblant les parents, sur les moyens efficaces pour protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets seront réalisées dans tous les territoires de CLSC.
❺ ***Prévenir les éclosions et les intoxications reliées à l'eau***	R Toutes les éclosions et les intoxications signalées reliées à l'eau auront fait l'objet d'une analyse de dossier et d'une enquête épidémiologique au besoin. R Tous les exploitants de réseau d'eau potable auront été sensibilisés afin de signaler rapidement tous les dépassements de normes, et particulièrement celles établies pour le *E.coli* et les coliformes fécaux. R Tous les cas de dépassement de normes *E.coli* et coliformes fécaux auront fait l'objet d'un suivi selon les protocoles établis. R Tous les intervenants de première ligne ciblés et les responsables de milieux de vie (CPE, écoles, etc.) auront été sensibilisés à l'importance de la déclaration et du signalement de cas. R Tous les exploitants de lieux de baignade auront été sensibilisés à l'importance de surveiller la qualité de l'eau et de signaler les situations problématiques. R Au moins une intervention de sensibilisation aura été entreprise auprès d'organismes ciblés (municipalités, MENV, MAPAQ) en vue de réduire les sources de pollution de l'eau.
❻ ***Prévenir la survenue de maladies d'origine environnementale***	R Toutes les demandes d'examen de schémas d'aménagement des MRC du territoire et, au besoin, les projets de réglementation pouvant avoir un impact sur la santé publique feront l'objet d'un avis. R Toutes les demandes d'examen et d'évaluation d'impacts relativement aux projets ayant des conséquences sur l'environnement, à l'implantation de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés auront été traitées.
❼ ***Protéger la population relativement aux intoxications d'origine environnementale et aux menaces réelles ou appréhendées***	■ 20 % des résidences ayant une source d'émission de CO seront munies d'un détecteur de CO. R Toute déclaration de maladie ou d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale et tout signalement de menace à la santé auront été investigués. R Tous les médecins de première ligne auront été sensibilisés à l'importance de déclarer une intoxication à déclaration obligatoire ou une MADO. R La DSP aura participé aux démarches régionales relatives à l'évaluation et à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs et à la préparation des schémas de sécurité civile. R Un plan de réponse aux urgences d'origine environnementale sera disponible.

LES CIBLES D'ACTION EN PROTECTION

SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Le domaine d'intervention portant sur la santé en milieu de travail regroupe les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail, ainsi que des problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles des milieux de travail. Voici les 4 cibles d'action priorisées dans le Plan d'action régional pour ce secteur.

❶ ***Contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé des travailleurs dans tous les établissements des groupes prioritaires définis par règlement***	■ Tous les établissements ciblés des groupes prioritaires I, II ou III auront un programme de santé spécifique aux établissements (PSSE) tel que défini par la Loi.
❷ ***Contribuer à la prévention des issues défavorables de la grossesse attribuables aux milieux de travail***	■ Toutes les demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite auront été traitées conformément aux pratiques prévues, aux guides ou aux protocoles établis.
❸ ***Réduire l'exposition des travailleurs à un risque spécifique ou à un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier***	■ Les activités prévues pour le volet santé des projets provinciaux ciblant des risques spécifiques ou un ensemble de risques associés à un procédé ou à un secteur d'activité particulier auront été réalisées et évaluées en fonction des objectifs spécifiques à chaque projet.
❹ ***Assurer la surveillance et le contrôle des cas d'intoxication ou de maladie à déclaration obligatoire d'origine professionnelle ainsi que l'investigation d'agrégats présumés liés au travail***	R Tous les intervenants du réseau de la santé au travail auront reçu de l'information sur la mise à jour de la liste des MADO. R Toute déclaration de maladie ou d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine professionnelle aura fait l'objet d'un suivi et d'une intervention en entreprise. R Tout agrégat présumé relié au travail aura été évalué et aura fait l'objet d'une réponse.

LES RÔLES ET LES CONTRIBUTIONS ATTENDUS

Dans le document intégral, on retrouve, **à titre indicatif,** la contribution attendue de la Direction de santé publique, des établissements et dispensateurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires intersectoriels concernés par les différentes actions retenues dans le Plan d'action régional. Par contre, les rôles et contributions seront convenus de façon plus précise lors de l'élaboration du plan d'action local, et ce, dans une optique de complémentarité et dans le respect de l'autonomie et des missions des différents partenaires concernés.

En voici une synthèse très succincte :

Pour les cibles d'action en protection de la santé

Direction de santé publique	*CLSC*	*Partenaires sectoriels*	*Partenaires intersectoriels*
➢ Expertise conseil. ➢ Réalisation des enquêtes épidémiologiques et application des protocoles provinciaux. ➢ Coordination et soutien de la mise en place des mesures appropriées de protection, notamment par la conception d'outils, par la formation, etc. ➢ Information à la population et aux intervenants de santé. ➢ Collaboration à l'élaboration de programmes provinciaux. ➢ Émission d'avis de santé publique. ➢ Élaboration d'un plan d'urgence en protection de la santé. ➢ Réalisation de campagnes d'information et collaboration aux campagnes provinciales. ➢ Soutien à la mise en œuvre des interventions en lien avec l'entente MSSS-CSST. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Contribution aux enquêtes épidémiologiques et à l'application des protocoles et des programmes. ➢ Collaboration à la mise en place des mesures appropriées de protection. ➢ Contribution au plan d'urgence en protection de la santé. ➢ Collaboration à la diffusion de l'information à la population. ➢ Déclaration et signalement des menaces à la santé de la population. ➢ Mise en œuvre des interventions en lien avec l'entente MSSS-CSST. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Contribution aux enquêtes épidémiologiques et à l'application des protocoles et des programmes. ➢ Collaboration à la mise en place des mesures appropriées de protection. ➢ Contribution au plan d'urgence en protection de la santé. ➢ Collaboration à la diffusion de l'information à la population. ➢ Déclaration et signalement des menaces à la santé de la population.	➢ Contribution aux enquêtes épidémiologiques et à l'application des protocoles et des programmes. ➢ Collaboration à la mise en place des mesures appropriées de protection. ➢ Contribution au plan d'urgence en protection de la santé. ➢ Collaboration à la diffusion de l'information à la population. ➢ Signalement des menaces à la santé de la population. ➢ Collaboration à la mise en œuvre des interventions en lien avec l'entente MSSS-CSST.

LES RÔLES ET LES CONTRIBUTIONS ATTENDUS

Pour les cibles d'action en promotion et en prévention pour chaque cycle de vie

Direction de santé publique	*CLSC*	*Partenaires sectoriels*	*Partenaires intersectoriels*
➢ Soutien à la mise en œuvre des programmes préventifs, notamment par la conception d'outils, par la formation, etc. ➢ Collaboration à l'élaboration de programmes provinciaux. ➢ Réalisation de campagnes d'information et collaboration aux campagnes provinciales. ➢ Émission et diffusion d'avis de santé publique. ➢ Expertise conseil et lobbying auprès des partenaires régionaux. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Organisation des services préventifs sur leur territoire. ➢ Mise en œuvre d'actions de prévention. ➢ Soutien des partenaires locaux à la mise en œuvre de programmes préventifs. ➢ Collaboration aux campagnes d'information et de sensibilisation. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Collaboration à la mise en œuvre de programmes préventifs. ➢ Mise en œuvre d'actions de prévention en lien avec leur mission. ➢ Collaboration aux campagnes d'information et de sensibilisation.	➢ Collaboration à la mise en œuvre de programmes préventifs. ➢ Mise en œuvre d'actions de prévention en lien avec leur mission. ➢ Collaboration aux campagnes d'information et de sensibilisation.

Pour les cibles d'action transversales

Direction de santé publique	*CLSC*	*Partenaires sectoriels*	*Partenaires intersectoriels*
➢ Participation aux mécanismes de concertation régionale intersectorielle et soutien aux mécanismes locaux. ➢ Diffusion d'information et de données sur l'état de santé de la population, sur ses déterminants et sur les interventions efficaces. ➢ Recours optimal aux politiques, règlements ou lois pour favoriser la santé et le bien-être de la population. ➢ Soutien à une offre de service axée sur la promotion de la santé dont la création de milieux de vie qui favorisent la santé et le bien-être. ➢ Promotion et soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Participation et soutien aux mécanismes de concertation locale et à la mise en œuvre de projets émergeant de la communauté. ➢ Recours optimal aux politiques, règlements ou lois pour favoriser la santé et le bien-être de la population. ➢ Offre à la population de services axés sur la promotion de la santé, dont la création de milieux de vie qui favorisent la santé et le bien-être. ➢ Soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives chez leur personnel. ➢ Évaluation et suivi.	➢ Participation aux mécanismes locaux de concertation et à la mise en œuvre de projets émergeant de la communauté. ➢ Offre à la population de services axés sur la promotion de la santé, dont la création de milieux de vie qui favorisent la santé et le bien-être. ➢ Soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives chez leur personnel.	➢ Participation aux mécanismes locaux de concertation et à la mise en œuvre de projets émergeant de la communauté. ➢ Offre à la population de services axés sur la promotion de la santé, dont la création de milieux de vie qui favorisent la santé et le bien-être.

LES CONDITIONS DE RÉALISATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

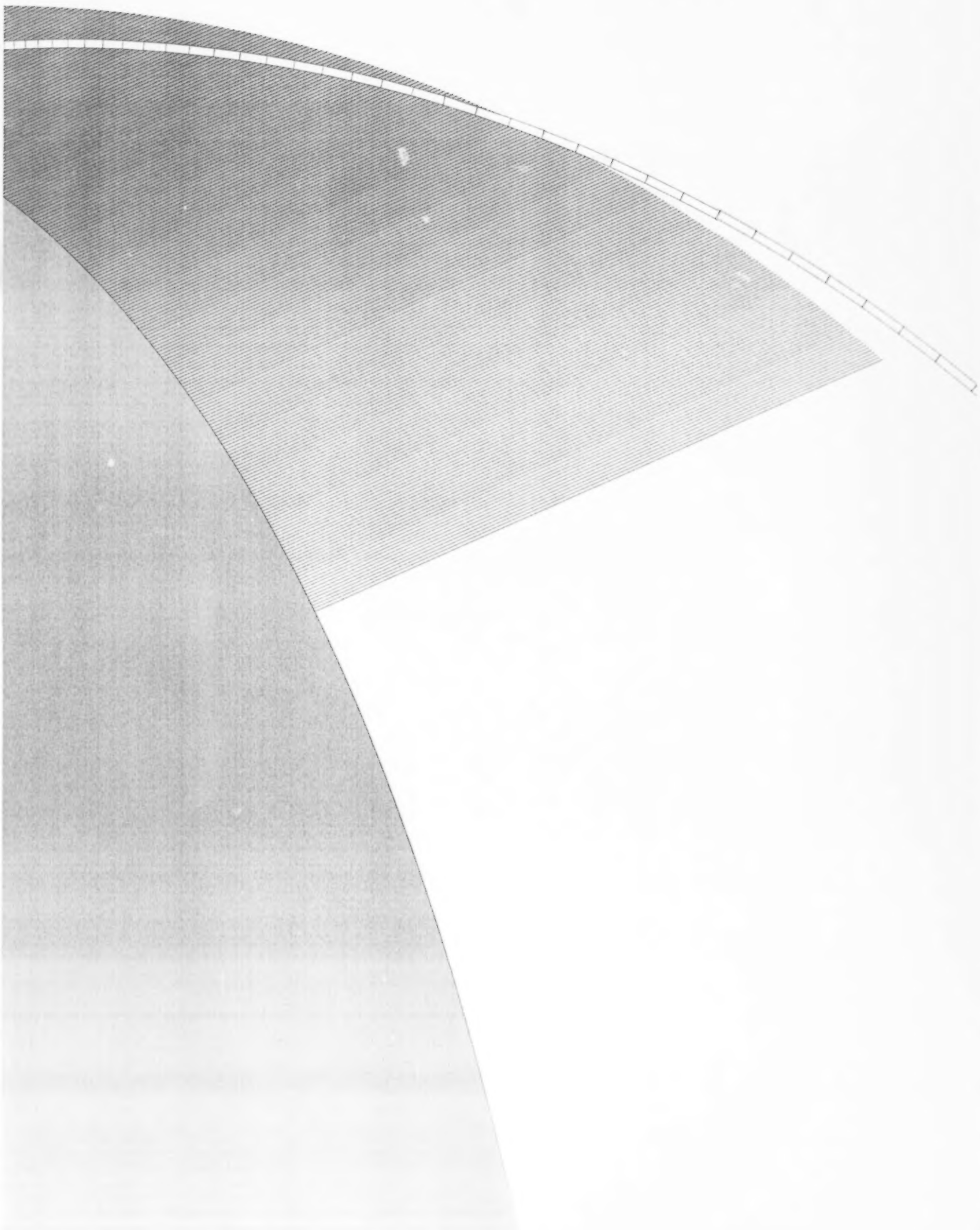
Plusieurs conditions sont nécessaires afin de garantir le succès de l'implantation du PAR dans notre région.

1. L'adhésion et l'appropriation du plan d'action régional par l'ensemble des acteurs concernés;
2. L'élaboration et l'implantation des plans d'action locaux de santé publique;
3. L'intégration des actions de santé publique dans l'ensemble des services du réseau de la santé et des services sociaux;
4. Une collaboration sectorielle et intersectorielle accrue;
5. Des ressources financières disponibles;
6. Des ressources humaines disponibles, qualifiées et disposées à s'engager;
7. Des mécanismes facilitant le suivi et les ajustements du PAR;
8. Un plan de communication qui accompagne chaque étape.

CONCLUSION

Ce n'est qu'à travers son implantation et celle des plans d'action locaux que le Plan d'action régional *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie* contribuera réellement à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montérégienne.

À la veille d'une importante réforme de l'organisation des services de santé et des services sociaux, l'actualisation de la programmation nationale, régionale et locale de santé publique s'avère essentielle afin d'assurer une offre de service adéquate de santé publique sur l'ensemble du territoire de la Montérégie.



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec Montérégie

Towards a new approach to Public Health

PAR-PAL

plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie

PAR-PAL

Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie
(2004-2007 Public Health Regional Action Plan (RAP) for the Montérégie)

The RAP, in Brief

*This document presents a summary of the Regional Action Plan (*Plan d'action régional - PAR*) for 2004-2007, Towards a new approach to public health in the Montérégie* (Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie). *It contains basic information to initiate local reflection on the engagement required by each partner in order to achieve targeted results concerning the health and wellbeing of the population of the Montérégie. For more detailed information, the complete document is available, in french, on the Internet at www.rrsss16.gouv.qc.ca.*

INTRODUCTION

The document, Towards a New Approach to Public Health in the Montérégie, Regional Action Plan for 2004-2007 *(Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie, Plan d'action régional 2004-2007)*, has been prepared within the scope of the Régie régionale's obligation to adopt a Regional Action Plan / RAP *(Plan d'action régional* / PAR) in conformity with the National Public Health Program *(Programme national de santé publique* / PNSP) specifically for the Montérégie region. It also identifies the means by which the Director of Public Health can assume the responsibilities assigned by the *Act respecting health services and social services*, the *Public Health Act* and the *Act respecting Occupational Health and Safety*.

New Responsibilities for the CLSCs

The *Public Health Act* requires that the CLSCs draw up, implement, assess and regularly up-date a Local Action Plan *(Plan d'action local* - PAL) for public health, working together with the community organizations concerned. This Plan must conform to the PNSP and enable the objectives set out in the Regional Action Plan to be achieved, while taking into account the particularities of the population living in the territory it covers. In this sense, Local Action Plans will serve as the principal planning tools to implement the Regional Action Plan and, in turn, the PNSP, at the local level.

Objective of the Regional Action Plan

The objective of the Regional Action Plan is to orient the regional and local public health planning process as well as the allocation of the financial resources involved, until 2007. The approach taken by Public Health focuses on promotion, prevention, protection and monitoring activities to apprehend health and wellbeing problems before they occur, by acting on factors which have an impact on the health of individuals and groups.

The complete Regional Action Plan presents :

- The context in which the Plan was created;
- A social-health profile of the population;
- The PNSP's action targets for the Montérégie and, for each, the justification for such action, statistical data and the starting point in our region;
- Regional and local results expected by 2007 according to these action targets, as well as a proposal concerning the role and contribution of each player concerned;
- Details concerning the contingency plan in the event of threats to human health, the plan to monitor the population's health status and the evaluation framework for the Regional Action Plan, which will be covered in additional documents;
- The conditions required to perform the Regional Action Plan.

This document summarizes each of these points, concentrating particularly on action targets, anticipated results and a general description of the roles and contributions of the partners concerned.

HEALTH PROFILE

The health profile presented in the Regional Action Plan for 2004-2007 begins with a general demographic and socio-economic portrait of the Montérégie, followed by the principal elements of the social-health profile of its population. The following are a few general observations :

- Psychosocial problems are widespread among the population of the Montérégie as well as throughout the province. These particularly involve problems related to mental health and suicide, the consumption of alcohol and drugs, violence, abuse and negligence. The social development and adjustment of children and adolescents are also mentioned as an important concern for public health since they are major determinants of the state of health and wellbeing of youth as well as adults.

- Cardiovascular disease and cancer head the list of the causes of mortality and are responsible for a significant portion of potential years of life lost in the Montérégie. Respiratory diseases are also among the principal causes of death, while non-intentional traumatisms add to the list of premature deaths.

- Over the next 20 years, the population of the Montérégie is expected to age more rapidly than elsewhere in Quebec. Even though most of the elderly population are in good health, an increase in longevity is frequently accompanied by a reduction in the individual's level of activity. In fact, life expectancy without a reduction in activity has declined over the past decade. The consequence of aging of the population on the care network and care-giving relatives will be significant.

- Disparities in health and wellbeing are prevalent within the population of the Montérégie, with certain population sub-groups appearing to be more vulnerable than others, depending on the characteristics considered (ex. : age, sex, socio-economic level, marital status, type of family, place of residence).

- The nature of threats to health is constantly changing, a fact which poses many challenges. New threats of a biological, physical or chemical nature have appeared (ex. : West Nile virus, SARS, terrorism). Industrial, agricultural and municipal activities have repercussions on water, air and soils. This situation calls for action by public health players as well as their partners in other sectors.

In short, the health profile confirms the relevance of implementing public health actions which are concerted, adapted and appropriate to the needs of the entire population and the groups of which it is composed.

Action Targets

Activities identified in the National Public Health Program *(Programme national de santé publique)* have been presented in the Regional Action Plan as action targets. For each target, the anticipated results have been indicated and specified according to whether the result is to be achieved:

- ■ by all CLSC territories
- ▣ by certain CLSC territories
- ▤ throughout the region
- ◂ following a provincial communications campaign

Cross-Disciplinary Action Targets

Considering the scope of certain activities on a group of themes, the RAP includes two cross-disciplinary action targets.

Improve living conditions and promote community development

- ■ Cross-sector concertation mechanisms, identified locally according, for example, to population group (early childhood, youth, adults, the elderly) or theme (poverty control, food security, safety in living environments, environmental health, etc.), will be established in all CLSC territories.
- ■ Activities created within communities which particularly focus on social support and integration, reinforcement of the individual's potential, reducing social inequality, and promoting food security and safe living environments will be implemented in all CLSC territories.
- ▤ Cross-sector concertation mechanisms designed to identify and introduce actions to improve living conditions, and the health, safety and wellbeing of the population of the Montérégie will be established on the regional level.

Encourage recourse to effective preventive clinical practices

- ▤ A service offer, including several interventions to promote and support the integration of targeted preventive clinical practices, will be drawn up and presented to the health and social service professionals concerned.
- ▣ Interventions to support the integration of at least one preventive clinical practice will have been implemented in at least four CLSC territories.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

Interventions designed for a specific population group should be linked together in order to maximize their impact. For this reason, promotion and prevention activities have been grouped according to life cycle.

EARLY CHILDHOOD

In 2001, there were some 68 000 children from 0-4 years in the Montérégie, representing 5 % of the total population. The following four action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this clientele :

● ***Promote the optimal development of children living in vulnerable families***	■ All CLSC territories will have implemented all the components of the «Born in equality - Grow in health» program *(Programme Naître égaux-Grandir en santé)*, the «Support program for young parents» *(Programme de soutien aux jeunes parents)*, the «Educational support program» *(Programme de soutien éducatif)* and will have begun the transition to «Integrated promotion and prevention services for pregnant women, mothers, fathers and children from 0 to 5 years living in a vulnerable situation» *(Services intégrés de promotion et de prévention pour les femmes enceintes, les mères, le pères, et les enfants de 0 à 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité)*. They will have reached : ➲ 80 % of pregnant women and mothers under the age of 20 years and their families; ➲ 50 % of pregnant women and mothers who are 20 years and over whose level of education is low and their families; ➲ 60 % of targeted children from 2 to 4 years.
● ***Promote breast feeding and a healthy diet***	■ All CHSGSs and CLSCs will have initiated implementation of «Baby-Friendly Initiative». ■ Three CHSGSs and three CLSCs will be certified as «Baby-Friendly ». ■ A food policy model and implementation plan will have been developed for the early childhood centres.
● ***Prevent road and recreational injuries and injuries in the home***	■ A component to prevent injuries in the home (falls, poisonings, burns, drownings and near drownings, etc.) will be included in the *Programme Naître égaux-Grandir en santé*, the *Programme de soutien aux jeunes parents* and the *Programme de soutien éducatif* in all CLSC territories. ■ All municipalities with over 5000 inhabitants will have adopted regulations concerning the safety of residential pool installations in conformity with measures considered to be effective. ■ A program concerning the appropriate use of a child restraint system will have been implemented in at least five CLSC territories. ■ All day care services being established will have safe play areas which comply with the standard in force as well as a maintenance policy.
● ***Prevent diseases that can be avoided through immunization***	■ 95 % of all children will be vaccinated according to basic vaccination recommendations. ■ 95 % of all children will be protected against chickenpox (if added to the regular schedule). ■ 90 % of children in vulnerable groups recognized by the «Quebec immunization program» *(Programme d'immunisation du Québec)* will be vaccinated against hepatitis B. ■ 95 % of children in vulnerable groups recognized by the «Quebec immunization program» *(Programme d'immunisation du Québec)* will be vaccinated against influenza and pneumococcus infections. ■ Activities to support vaccination promotion campaigns will be set up in all CLSC territories.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

CHILDHOOD-YOUTH

IN 2001, there were some 231 000 children and adolescents between 5 and 17 years in the Montérégie, representing 17 % of the total population. The following nine action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this clientele :

❶ ***Promote the health and wellbeing of children and adolescents and prevent various problems through a concerted and comprehensive intervention in the schools***	■ A concerted comprehensive intervention will be included in the promotion-prevention program for educational and complementary services in each school board. ■ CLSCs and schools will have initiated joint planning of preventive actions in the schools in line with the concerted comprehensive intervention.
❷ ***Promote the development of personal and social skills in children, particularly those in disadvantaged environments***	■ All phases of the *Fluppy* program will be introduced in nursery school and grade one in at least 20 % of the elementary schools which have a socio-economic indicator of 9 or 10. ■ Activities to support the provincial communication campaign focussing on promoting the personal and social skills of children and youth and on preventing psychosocial problems which affect them will be introduced in all CLSC territories.
❸ ***Prevent mental health problems and suicide***	■ As part of a cross-sector collaboration, all CLSC territories will have taken steps to identify awareness-raising activities that should be introduced to counteract social tolerance to suicide among youth. ■ 25 % of secondary schools and 25% of rehabilitation environments in the Centres jeunesse will be supported by a sentinel network[1]. ■ At least four CLSC territories will have participated in the teen network experiment, *Réseau Ados*. ■ 75 % of targeted practitioners who work with youth (in CLSCs, centres jeunesse or community organizations) will have been provided information and tools on measures to limit access to firearms and medication. ■ Activities to support the provincial communication campaign designed to prevent mental health problems among youth will be implemented in all CLSC territories.
❹ ***Prevent sexually transmitted infections (STI), HIV-AIDS and the hepatitis C virus, particularly among vulnerable adolescents***	■ Access to condoms will be ensured by a number of means. ■ A sex education program will have been introduced at least once a year in 50 % of the youth centers (*maisons de jeunes*) and in 50 % of the rehabilitation environments in the *centres jeunesse*. ■ Awareness-raising activities to counter homophobia will have been carried out among the youth in eight CLSC territories and in 25 % of the rehabilitation environments in the *centres jeunesse*. ■ A support or discussion group will be available for homosexual youth in at least two CLSC territories. ■ Activities to support the provincial campaign to prevent HIV-AIDS, hepatitis C and STIs will have been carried out in all CLSC territories.

[1] Access to first-line mental health services must be made available before this action is introduced.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

CHILDHOOD-YOUTH (CONT.)

❺ ***Prevent teenage pregnancy***	■ A youth clinic[2] will be accessible close to the youths' living environments, at least two half-days a week in each CLSC territory and in at least 50 % of secondary schools with over 1000 students which have a socio-economic environment index of 7 to 10. ■ Emergency oral contraception will be accessible in al CLSC territories, in youth clinics, from the school nurse and in pharmacies. R Elective 1st and 2nd trimester abortion services will beaccessible throughout the territory of the Montérégie
❻ ***Promote a healthy lifestyle and prevent chronic diseases***	◁ Activities to support provincial communication campaigns focussing on adopting a healthy lifestyle will be initiated in all CLSC erritories. **Physical activity** ■ 30 % of the schools will have participated in at least one *Kino-Québec* program to create environments which encourage physical activity. ■ 75 % of the elementary schools in three targeted CLSC territories[3], with a socio-economic environment index of 9 or 10, will have participated in the *Québec en forme* project[4]. ■ 50 % of the municipalities which have permanent recrational resources and 10 % of municipalities without permanent recreational resources will have participated in at least one *Kino-Québec* program or physical activity promotion intervention. **Nutrition** ■ 10 % of the schools will have introduced a food policy. R The centres jeunesse will have drawn up and adopted a food policy for their closed rehabilitation environments and will have initiated its implementation. **Tobacco use** ■ All centres promoting quitting smoking will have beguno adapt their services to youth. ■ 80 % of CLSC health professionals who work with youthwill be trained to use minimalist or brief interventions.
❼ ***Prevent dental decay among children from 5 to 15 years***	■ 90 % of children identified as being at risk for dental decy within the scope of the «Public preventive dental service program», *Programe public de services dentaires préventifs*, will have benefited from an individualized preventive follow-up. ■ 70 % of children identified as being at risk for dental decy within the scope of the «public preventive dental service program», *Programe public de services dentaires préventifs*, will have had at least one applicatio of a dental sealant.
❽ ***Prevent road, recreational or sports injuries***	■ 10 % of the municipalities which have or plan to develop cycling infrastructures will have planned actions to ensurethese infrastructures conform to safe cycling environment guidelines. ■ 70 % of the municipalities and 50 % of the elementy schools will have planned actions to make their play areas comply with stadards.

[2] The youth clinic must be associated with a sex education program in the community.
[3] The CLSC territories targeted by the Fondation Chagnon are the CLSC's de Hull, Seigneurie de Beauharnois and Huntingdon.
[4] The Québec en forme project targets children from families who are excluded and disadvantaged. It promotes and supports the implementation of initiatives to encourage youth to participate in physical and sports activities.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

CHILDHOOD-YOUTH (CONT.)

● ***Prevent diseases that can be avoided by immunization***	■ 90 % of students in grade 4 will have received vaccinations against hepatitis B in their school. ■ 80 % of students in secondary 3 will have been vaccinated in their school according to basic vaccination recommendations. ■ A vaccination campaign will be held in the schools to ensure that 95 % of the children are protected against chickenpox (if added to the regular schedule). R 80 % of youth who belong to vulnerable groups as recognized in Quebec's immunization program will be vaccinated against influenza and pneumococcus infections and 90 % will be vaccinated against hepatitis B and hepatitis A. ◄ Activities to support vaccination promotion campaigns will be established in all CLSC territories.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

ADULTS

In 2001, there were 874 000 adults between the ages of 18 and 64 years in the Montérégie, representing 66 % of the total population. The ten following action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this clientele :

❶ ***Prevent mental health problems and suicide***	■ As part of a cross-sector collaboration, all CLSC territories will have taken steps to identify awareness-raising activities that should be introduced to counteract social tolerance to suicide among adults. ▣ 25 % of the Cegeps, adult education centres and occupational training centres, as well as 25 % of companies with 500 or more employees will be able to count on the presence of a sentinel network[5]. ▣ At least five CLSC territories[5] will have carried out public awareness-raising activities on the precursor signs of depression and anxiety disorders as well as on men who ask for help. R 7 % of targeted practitioners working with adults (professionals with the CLSCs or community organizations, police,…) will have received information and been provided tools on measures to limit access to firearms and medication.
❷ ***Prevent problems related to alcohol and drug consumption***	■ A municipal policy on the management of alcohol in public places and on measures to reduce physical and legal access to alcohol will be adopted in at least five new municipalities. ▣ A «Maintenance program providing methadone and other substitute drugs for persons dependent on opiates» (*Programme de maintien à la méthadone et aux autres drogues de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés*) will be set up in at least four CLSC territories.
❸ ***Prevent domestic violence and sexual assault***	◂ Activities designed to support the public communication campaign on preventing domestic violence and sexual assault will be introduced in all CLSC territories.
❹ ***Prevent sexually transmissible infections (STI), HIV-AIDS and the hepatitis C virus (HCV)***	■ At least one prevention activity will be held in various living environments where vulnerable groups are found: adult education centres, occupational training centres, Cegeps, saunas, gay camp grounds and correctional environments. ■ All sites which currently offer access to syringes will maintain their participation in the program[6]. ■ The number of soiled syringes recovered in the «Access to syringes program», *Programme d'accès aux seringues*, will be increased to 75 %. ▣ There will be at least two street workers in seven major town centres. ▣ Existing screening and prevention services for HIV-AIDS, STIs and HCV will meet the service basket defined in the provincial terms of reference[7]. S Both provincial custodial facilities will have implemented at least one measure designed to reduce the damage caused by injected drug use. ◂ Activities to support the provincial campaign on prevention of HIV-AIDS, HCV and STIs will have been carried out in all the CLSC territories.

[5] Access to first-line mental health services must be made available before this action is introduced.
[6] Sites which currently offer access to syringes have been set up in all the CLSC territories.
[7] The terms of reference are contained in *La dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales* (anon. trans. HIV screening: creating integrated screening services for HIV, STDs and viral hepatitis).

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

ADULTS (CONT.)

Prevent undesired pregnancy among young adults	■ Emergency oral contraception will be available in all CLSC territories in health services and pharmacies. R Elective abortion services during the 1st and 2nd trimester will be available throughout the Montérégie.
Promote healthy life styles and prevent chronic disease	▣ 15 % of workplaces with more than 100 employees will have: ➲ established programs and environments for their employees which encourage them to practice a physical activity; ➲ introduced a food policy; ➲ carried out a smoking cessation promotion intervention. 📣 Activities designed to support provincial communication campaigns focussing on adoption of a healthy life style will be introduced in all CLSC territories. **Physical Activity** ▣ 50 % of municipalities which have permanent recreational resources and 10 % of those without permanent recreational resources will have participated in at least one *Kino-Québec* physical activity program or promotion intervention. **Nutrition** ■ At least one joint action designed to improve the accessibility and availability of healthy nutritional food in disadvantaged environments will be established in all CLSC territories. ▣ At least 10 % of the adult education centres, occupational training centers and Cegeps will have established a food policy. **Tobacco Use** ■ Smoking cessation services will be accessible in all the CLSCs. ■ Two smoking cessation promotion activities will be held each year in each CLSC territory. ■ 80 % of the CLSC health professionals who work with adults will be qualified to use minimal or brief interventions.
Reduce mortality due to breast cancer among women aged between 50 and 64 years	R 70 % of eligible women will participate in the «Quebec breast cancer screening program» *(Programme québécois de dépistage du cancer du sein)* and will have a screening mammography every two years.
Improve the oral-dental health of the population of the Montérégie	R 75 % of the municipalities which have a water distribution network will have attended meetings to promote optimum fluoridation measures.
Prevent injuries caused by car accidents	R All municipalities will have been made aware of the criteria concerning turning right on a red light. R All the MRC development plans in the consultation phase will have been verified in regard to criteria concerning the safety of road network improvements. R A project to identify and prioritize dangerous sites in the municipal road network will be carried out at the regional level.
Prevent diseases which can be avoided through immunization	R 80 % of adults in recognized vulnerable groups will be vaccinated against hepatitis A, hepatitis B, pneumococcus infections and influenza. R 90 % of adults targeted by pre-exposure vaccination will have received the rabies vaccination. 📣 Activities designed to support vaccination promotion campaigns will be introduced in all CLSC territories.

PROMOTION AND PREVENTION ACTION TARGETS FOR EACH LIFE CYCLE

THE ELDERLY

In 2001, there were approximately 150,000 persons 65 years of age or over in the Montérégie, representing 11 % of the total population. The following five action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this clientele :

❶ ***Prevent mental health problems and suicide***	■ As part of a cross-sector collaboration, all CLSC territories will have taken steps to identify awareness-raising activities that should be introduced to counter social tolerance of suicide among the elderly. ▣ At least five CLSC territories will be able to count on the presence of a sentinel network[8] for the elderly. ▣ At least five CLSC territories[8] will have carried out public awareness-raising activities concerning the precursor signs of depression and anxiety disorders and information on the services available will have been distributed. R 75 % of targeted practitioners working with the elderly (professionals with the CLSCs and community organizations) will have been given information and tools on the measures limiting access to firearms and medication.
❷ ***Promote healthy life styles and prevent chronic diseases***	📣 Activities supporting provincial communication campaigns focussing on adoption of a healthy life style will be established in all CLSC territories **Physical Activity** ▣ 50 % of private nursing homes with 75 residents or more and 25 % of the CHSLDs will have participated in a *Kino-Québec* physical activity program or promotion intervention. ▣ All municipalities with permanent recreational resources and 25 % of targeted community organizations will have been made aware of the importance of offering services and making facilities accessible to encourage the elderly to practice a physical activity. **Nutrition** ▣ 50 % of private nursing homes with 75 residents or more and 25 % of community organizations offering meals-on-wheels will have implemented a food policy. **Tobacco Use** ■ All smoking cessation centres will have adapted their services for the elderly. ■ 80 % of the health professionals who intervene with the elderly in CLSCs and in CHSLDs will be qualified to use minimal or brief interventions.
❸ ***Prevent falls***	■ A regional program to prevent falls designed for elderly persons at risk, particularly those who have already had a fall, will be gradually introduced in all CLSC territories.
❹ ***Reduce mortality due to breast cancer among women aged from 65 to 69 years***	R 70 % of eligible women aged from 65 to 69 years will participate in the «Quebec breast cancer screening program» *(Programme québécois de dépistage du cancer du sein)* and will have a screening mammography every two years.
❺ ***Prevent diseases which can be avoided by immunization***	■ 80 % of persons 65 years of age and over will be vaccinated against influenza each year ■ 80 % of persons 65 years and over will have received a vaccination against pneumococcus infections. 📣 Activities designed to support vaccination promotion campaigns will be carried out in all CLSC territories.

[8] Access first-line mental health services must be made available before this action is introduced

PROTECTION ACTION TARGETS

Health protection refers to interventions by Public Health authorities involving individuals, groups or the entire population in the event of real or anticipated threats to health.

TRANSMISSIBLE DISEASES

Several transmissible diseases require a Public Health intervention in order to protect the population. The following six action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this sector :

❶ ***Ensure monitoring and control of reportable diseases, warnings of real or anticipated biological threats and unusual clinical symptoms following the administration of a vaccine***	R All targeted practitioners in the health network will have received information on the up-dated MADO list (information system on reportable diseases). R All reports and MADOs concerning an infection for which a provincial protocol has been adopted will be investigated according to such protocol. R All vaccinators will have received information on reporting unusual clinical symptoms following a vaccination. R A regional contingency plan in the event of a pandemic outbreak of influenza will be available and distributed to all health care institutions in the Montérégie.
❷ ***Prevent bacterial infections with multiple antibiotic resistance***	R Representatives of the CHSLDs and CLSCs will participate in the regional multiple resistance bacterial infection prevention committee *(Comité régional de prévention des infections à bactéries multirésistantes)*. R Protocols concerning prevention of multiple resistance bacterial infections will have been distributed to all health care institutions (CHSGS, CHSLD and CLSC).
❸ ***Prevent emerging transmissible diseases such as encephalitis caused by the West Nile virus and rabies***	**Encephalitis caused by West Nile Virus** R Provincial recommendations concerning the prevention and control of encephalitis caused by the West Nile virus will be applied in the Montérégie. **Rabies** R Provincial recommendations concerning rabies epizootic among raccoons will be applied in the Montérégie. R All first-line physicians will have received information concerning exposure to Rabies virus.
❹ ***Prevent the transmission of infections transmissible sexually or through blood***	■ All CHSGSs, CHSLDs and CLSCs will have developed procedures to apply the provincial recommendations concerning the case management of persons exposed to blood or biological fluids. R A prevention intervention among their sexual partners will have been offered to all persons for whom a gonococcus infection or infectious syphilis has been reported. R 90 % of the practitioners in targeted community organizations will have been trained on the basic precautionary measures (universal precautions). R All physicians will have been made aware of the existence of the «Quebec program concerning free medication to treat sexually transmitted infections» *(Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement)*.

PROTECTION ACTION TARGETS

TRANSMISSIBLE DISEASES (CONT.)

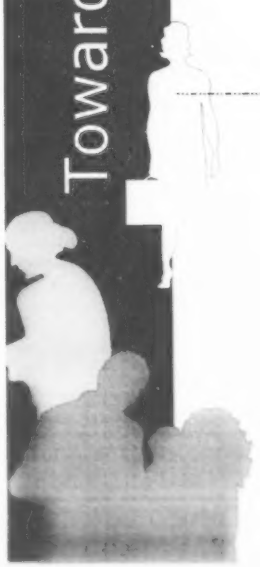
❺ ***Prevent tuberculosis among persons who are HIV-positive and treat infected patients***	R All physicians will have been made aware of the importance of offering a tuberculosis screening test to all persons who are HIV-positive.
❻ ***Establish a vaccine information and quality assurance system for immunization products***	R All the steps involved in implementing the vaccine information system will have been carried out in accordance with the requirements and time schedule established by the provincial guidelines. R All the steps involved in implementing the computerized immunization product management system will have been carried out according to the requirements and schedules established by provincial guidelines.

PROTECTION ACTION TARGETS

ENVIRONMENTAL HEALTH

Environmental health concerns health problems caused by biological, chemical or physical contamination of the air, water or soil. The following seven action targets have been given priority in the Regional Action Plan for this sector.

❶ ***Reduce health problems related to atmospheric pollution***	▣ At least one targeted promotion activity designed to reduce the sources of ambient pollution will be carried out in the most problematic areas (industrial and urban areas) R All targeted first-line and clinical workers will have been informed of the *Info-Smog* program and effective protection measures to be explained to vulnerable individuals. R All Environment Canada's smog notices will be sent to targeted first-line and clinical health workers. R The results of evaluations of projects or situations which could have an impact on the quality of outside air will be distributed to the municipalities or populations concerned.
❷ ***Reduce health problems related to ragweed***	■ At least one public awareness-raising activity on measures to control ragweed will be carried out each year in all CLSC territories. ▣ 40 % of the municipalities will have implemented at least one measure to control ragweed. R All the municipalities and MRCs will receive information on measures concerning reducing exposure to ragweed pollen.
❸ ***Reduce health problems related to the quality of indoor air***	R A joint action will be established with the municipal, housing and health partners on their roles in regard to building sanitation and the quality of indoor air as well as services provided. R Information tools to reduce the exposure of persons to tobacco smoke and mould in the environment will be distributed to targeted CLSC practitioners. R All targeted practitioners in CLSCs, medical practices, FMGs and specialized clinics (asthma, lung diseases) will be provided with the tools required to identify problems concerning residential sanitation and indoor air quality among their clientele and informed of the resources available to these persons. R Persons reporting a problem regarding sanitation or indoor air quality to the Public Health authority will receive the appropriate services and, if necessary, an investigation will be carried out when health problems are reported. R All CHSGSs, CHSLDs and school boards will be provided with tools to identify sanitation or indoor air quality problems. R All municipalities will be provided with tools to respond to requests made by their citizens in regard to problems involving sanitation or indoor air quality. R A portrait of the situation of the state of housing in disadvantaged environments will be initiated.



PROTECTION ACTION TARGETS

ENVIRONMENTAL HEALTH (CONT.)

❹ ***Reduce exposure to carcinogenic products in the environment (residential radon, asbestos and ultraviolet rays)***	R The *Direction de santé publique* will support the implementation of MSSS and CSST orientations concerning assessing the presence of asbestos in targeted teaching and health institutions, the risk involved and, if necessary, actions to be taken. R A regional strategy concerning exposure to residential radon will be available. R A response will be made to all requests for information during situations of exposure to residential radon. ◀ Communications activities targeting parents on effective ways to protect children from 0 to 18 years against ultraviolet rays will be carried out in all CLSC territories.
❺ ***Prevent outbreaks and poisonings related to water***	R All outbreaks and poisonings related to water that are reported will be analysed and an epidemiological inquiry made if necessary. R All operators of drinking water networks will have been provided with information so that they report immediately when standards are exceeded, particularly those established for E-coli and fecal coliforms. R Whenever E-coli and fecal coliform standards are exceeded, they will be monitored according to established protocols. R All targeted first-line practitioners and those responsible for living environments (early childhood centres, schools, etc.) will have been made aware of the importance of reporting such cases. R All swimming pool operators will have been made aware of the importance of monitoring water quality and reporting any problems. R At least one awareness-raising intervention will have been carried out among targeted organizations (municipalities, MENV, MAPAQ) with a view to reducing sources of water pollution.
❻ ***Prevent environmental disease***	R A notice will be issued concerning any application to review an MRC development plan in the territory and, when necessary, proposed regulations that could have an impact on public health. R All applications to review and assess a project's impacts which could have an impact on the environment, implementation of the policy concerning soil protection and rehabilitation of contaminated land will have been dealt with.
❼ ***Protect the population from environmental poisonings and from real or anticipated threats***	■ 20 % of homes with a source of CO emissions will be supplied with a CO detector. R Reports of diseases or poisonings of environmental origin subject to mandatory reporting and reports of health threats will be investigated. R All first-line physicians will have been made aware of the importance of declaring a disease or poisoning subject to mandatory reporting. R The *Direction de santé publique* will participate in regional initiatives concerning the risk assessment and management of major industrial accidents and preparation of public safety plans. R A plan to deal with environmental emergencies will be available.

PROTECTION ACTION TARGETS

OCCUPATIONAL HEALTH

The field of occupational health interventions covers health problems caused by exposure to physical, chemical or biological stressors in the workplace, as well as problems associated with its organizational characteristics. The following four target actions are given priority in the Regional Action Plan for this sector.

❶ ***Contribute to improving and maintaining workers' health in all establishments in the groups defined as priorities by regulation***	■ All targeted establishments in priority groups I, II or III will have «Specific health programs» *(programme de santé spécifique aux établissements* - PSSE*)* as defined in the Act.
❷ ***Contribute to preventing adverse effects on pregnancy attributable to the workplace***	■ Applications for preventive withdrawal or reassignment of pregnant workers or those who are breastfeeding will be dealt with according to established practices, guides or protocols.
❸ ***Reduce workers' exposure to a specific risk or a group of risks associated with a particular procedure or sector of activity***	■ Health-related activities planned in provincial projects targeting specific risks or a group of risks associated with a particular procedure or sector of activity will be carried out and assessed according to the specific objectives of each project.
❹ ***Ensure monitoring and control of occupational poisonings or diseases subject to mandatory reporting as well as investigating the aggregates presumed related to the work.***	R All practitioners in the occupational health network will receive information on updating of the MADO list (information system on reportable diseases). R All reports of an occupational disease or poisoning subject to mandatory reporting will be followed-up and an intervention made in the enterprise. R An aggregate presumed related to the work will be assessed and a response will be issued in its regard.

ROLES AND CONTRIBUTIONS

The complete version of this document contains **examples** of the contribution expected to be made by the *Direction de santé publique*, institutions and providers in the health and social service network and the cross-sector partners concerned by the actions retained in the Regional Action Plan. Nevertheless, these roles and contributions will be agreed upon in more detail when the Local Action Plan is being prepared, with a view to maintaining complementarity while respecting the independence and mission of the various partners involved.

The following is a very brief synthesis:

For action targets in health protection

Public Health	*CLSCs*	*Sectorial Partners*	*Cross-sector Partners*
➢ Offer professional expertise. ➢ Realise epidemiological inquiries and application of provincial protocols. ➢ Coordinate and support the implementation of appropriate protection measures, by designing tools, training, etc. ➢ Provide the population and health practitioners with information. ➢ Participate in preparing provincial programs. ➢ Issue public health notices. ➢ Prepare a health protection contingency plan. ➢ Carry out information campaigns and participate in provincial campaigns. ➢ Support the implementation of interventions related to the MSSS-CSST agreement. ➢ Carry out assessments and follow-ups.	➢ Contribute to epidemiological inquiries and the application of protocols and programs. ➢ Participate in setting up the appropriate protection measures. ➢ Contribute to the health protection contingency plan. ➢ Participate in disseminating information to the population. ➢ Declare and report threats to public health. ➢ Initiate interventions related to the MSSS-CSST agreement. ➢ Carry out assessments and follow-ups.	➢ Contribute to epidemiological inquiries and the application of protocols and programs. ➢ Participate in setting up the appropriate protection measures. ➢ Contribute to the health protection contingency plan. ➢ Participate in disseminating information to the population. ➢ Declare and report threats to public health.	➢ Contribute to epidemiological inquiries and the application of protocols and programs. ➢ Participate in setting up the appropriate protection measures. ➢ Contribute to the health protection contingency plan. ➢ Participate in disseminating information to the population. ➢ Report threats to public health. ➢ Participate in implementing interventions related to the MSSS-CSST agreement.

ROLES AND CONTRIBUTIONS

For action targets concerning promotion and prevention for each life cycle

Public Health	*CLSC*	*Sectorial Partners*	*Cross-sector Partners*
➢ Support implementation of preventive health programs, particularly by designing tools, training, etc. ➢ Participate in preparing provincial programs. ➢ Carry out information campaigns and participate in provincial campaigns. ➢ Issue and disseminate public health notices. ➢ Consulting and lobbying among regional partners. ➢ Carry out assessments and follow-ups.	➢ Organize preventive health services in their respective territories. ➢ Introduce preventive actions. ➢ Support local partners in introducing preventive health programs. ➢ Participate in information and awareness-raising campaigns. ➢ Carry out assessments and follow-ups.	➢ Participate in implementing preventive health programs. ➢ Introduce preventive actions related to their respective missions. ➢ Participate in information and awareness-raising campaigns.	➢ Participate in implementing preventive health programs. ➢ Introduce preventive actions related to their respective missions. ➢ Participate in information and awareness-raising campaigns.

For transversal action targets

Public Health	*CLSC*	*Sectorial Partners*	*Cross-sector Partners*
➢ Participate in regional cross-sector joint action mechanisms and support local mechanisms. ➢ Disseminate information and data concerning the state of health of the population, its determinants and effective interventions. ➢ Promote the health and wellbeing of the population through the optimal recourse to policies, regulations or laws. ➢ Support a service offer focusing on promoting health including the creation of living environments which are favourable to health and wellbeing. ➢ Promote and support the integration of preventive clinical practices. ➢ Carry-out assessments and follow-ups.	➢ Participate and support local joint action mechanisms and implementation of projects initiated by the community. ➢ Optimal recourse to policies, regulations or laws to promote the health and wellbeing of the population. ➢ Offer the population services focusing on promoting health, including the creation of living environments which are favourable to health and wellbeing. ➢ Support the integration of preventive clinical practices among the staff. ➢ Carry-out assessments and follow-ups.	➢ Participate in local joint action mechanisms and implementation of projects initiated by the community. ➢ Offer the population services focusing on promoting health, including the creation of living environments which are favourable to health and wellbeing. ➢ Support the integration of preventive clinical practices among the staff.	➢ Participate in local joint action mechanisms and implementation of projects initiated by the community. ➢ Offer the population services focusing on promoting health, including the creation of living environments which are favourable to health and wellbeing.

CONDITIONS REQUIRED TO PERFORM THE REGIONAL ACTION PLAN

Several conditions are necessary to guarantee the successful implementation of the RAP in our region.

1. Commitment to and ownership of the Regional Action Plan by all players concerned;
2. Preparation and implementation of local public health plans of action;
3. Integration of public health actions within all the services provided by the health and social service network;
4. Increased sectorial and cross-sector collaboration;
5. Availability of financial resources;
6. Human resources who are available, qualified and prepared to get involved;
7. Mechanisms to facilitate monitoring and adjustment of the RAP;
8. A communications plan to accompany each stage.

CONCLUSION

It is only through its implementation and the implementation of local plans of action that the Regional Action plan, Towards a New Approach to Public Health in the Montérégie *(Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie),* will truly contribute to the state of health and wellbeing of the population in the Montérégie.

At the dawn of a major organizational reform of health and social services, implementation of national, regional and local public health programming is essential to ensure an adequate, offer of public health services throughout the territory of the Montérégie.